

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE – PROFIL INTERVENTION

PAR
EMILIE CHASSÉ

AIDER L'ENFANT CACHÉ DERRIÈRE LE DÉFICIT
D'ATTENTION/HYPERACTIVITÉ : ÉTUDE DE CAS CIBLANT L'ESTIME DE SOI

DÉCEMBRE 2005

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Cet essai porte sur la problématique du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) en lien avec l'estime de soi. Un relevé de la littérature est tout d'abord fait sur ces deux thèmes, puis sur le lien qui existe entre les deux. L'hypothèse de base est alimentée par la littérature, qui statue que les comportements liés au TDAH peuvent provoquer des réactions et des manières d'interagir de l'entourage qui peuvent mener l'enfant vers le développement d'une mauvaise estime de soi, ce qui constitue l'effet le plus dévastateur à long terme pour ces enfants. Ainsi, le précepte qui sous-tend l'étude de cas contenue dans cet essai est que le développement d'une meilleure estime de soi est un facteur de protection à développer dans l'intervention thérapeutique avec les enfants ayant un TDAH. Pour illustrer les propos du contexte théorique, le processus thérapeutique auprès d'un jeune de 9 ans présentant cette problématique, ainsi que le suivi avec ses parents sont rapportés sous forme d'étude de cas, à partir de l'analyse du contenu des séances de thérapie et de l'évolution des parents dans leur processus. Diverses techniques visant l'augmentation de l'estime de soi sont présentées, de même que les résultats qu'elles ont donnés avec ce jeune. Bien que le suivi n'apporte pas les changements escomptés concernant l'estime de soi du jeune et le fonctionnement général de la famille, plusieurs pistes de réflexion ressortent de ce processus concernant l'intervention dans ce contexte, dont l'importance de l'implication des parents, la poursuite du travail sur l'estime de soi en dehors des séances et l'importance de tenir compte des divers facteurs autres que le TDAH.

Afin de respecter la confidentialité, le nom de l'enfant dont il est question dans cet essai, ceux des membres de sa famille ainsi que certains détails de leur vie ont été modifiés. Mike est donc un nom fictif, choisi par l'enfant.

Table des matières

Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	viii
Introduction.....	1
A. Contexte théorique.....	5
1. Trouble du déficit de l'attention / hyperactivité.....	6
1.1 Le TDAH à travers le temps.....	7
1.2 Quelle clientèle est affectée?.....	9
1.3 Qu'est-ce que le TDAH?.....	9
1.3.1 L'attention	15
1.3.2 L'impulsivité et les fonctions exécutives.....	21
1.4 Étiologie du TDAH.....	29
1.4.1 Explications neurologiques.....	30
1.4.2 Hypothèses génétiques et développementales.....	33
1.4.3 Hypothèses environnementales.....	36
1.5 Qu'est-ce qu'on peut faire?.....	37
1.6 Profil d'un enfant avec un TDAH.....	49
1.7 Répercussions possibles du TDAH.....	52
1.7.1 Vie familiale.....	52
1.7.2 Vie scolaire.....	54
1.7.3 Vie sociale.....	55
1.7.4 Vie personnelle de l'enfant.....	56
2. L'estime de soi.....	59
2.1 Définition.....	59
2.2 Développement de l'estime de soi.....	62
2.3 Composantes à la base de l'estime de soi.....	67
2.3.1 Sentiment de confiance	67
2.3.2 Connaissance de soi.....	71
2.3.3 Sentiment d'appartenance.....	72
2.3.4 Sentiment de compétence.....	74
2.4 Autres considérations sur le développement de l'estime de soi.....	75
2.5 Comment le TDAH peut-il affecter l'estime de soi?.....	77

3. Suggestions de grands principes d'intervention.....	82
3.1 Quelques techniques aidant à gérer le TDAH.....	82
3.2 Comment favoriser l'estime de soi dans le contexte du TDAH?.....	96
4. L'intervention systémique et son application auprès des familles vivant avec un enfant présentant un TDAH.....	100
4.1 Intervention systémique.....	100
4.2 Les facteurs de risques et de protection : explications et analyse de la situation de Mike.....	103
4.3 L'estime de soi comme facteur de protection.....	109
5. Objectif du thème « comment mieux aider l'enfant caché derrière le TDAH ».....	110
 B. Méthode.....	112
1. Participants.....	113
2. Instruments de mesure, matériel et déroulement	114
 C. Résultats : Illustration de quelques principes d'intervention à travers l'histoire de Mike	119
1. Plan d'intervention découlant de l'analyse des facteurs de risques et de protection.....	121
2. Suivi thérapeutique avec Mike.....	124
2.1 Le TDAH.....	125
2.2 Vécu de Mike dans sa famille.....	128
2.3 Interventions se rapportant à l'estime de soi.....	134
2.4 Au niveau relationnel.....	139
2.5 Description du contenu des séances.....	145
2.5 Résumé de l'évolution en fonction des objectifs.....	156
3. Avec les Parents.....	160
3.1 Groupe de parents : recréer l'harmonie familiale.....	160
3.2 Autres interventions.....	164
3.3 Résumé de l'évolution en fonction des objectifs.....	166
 D. Discussion.....	168
1. Remarques sur le processus en lien avec la littérature.....	169
2. Retombées de l'essai.....	181

3. Forces et faiblesses de l'essai.....	182
Conclusion.....	184
Références.....	188
Appendices.....	194
Appendice A : Formulaire de consentement éclairé.....	195
Appendice B : Certificat d'éthique.....	199
Appendice C : Consignes pour les tests graphiques.....	201
Appendice D : Entrevue semie-structurée sur l'estime de soi.....	203
Appendice E : Tableau d'analyse de contenu.....	208
Appendice F : Évaluation de l'évolution des parents	
- Groupe de parents ayant un enfant TDAH.....	210
Appendice G : Mises en situation.....	214
Appendice H : Plan du groupe de parents : Recréer	
l'harmonie familiale	216
Appendice I : Dessin de la couverture du cahier des bons coups et	
liste des couleurs utilisées dans le dessin.....	221

Liste des tableaux

Tableau 1 : Critères diagnostics du trouble : Déficit de l'attention/hyperactivité.....	11
Tableau 2 : Composantes de la capacité d'inhibition sous-jacentes au contrôle moteur	28
Tableau 3 : Conditions d'une intervention multimodale efficace et leurs objectifs.....	48
Tableau 4 : Sphères d'influence de la perspective systémique du TDAH.....	102
Tableau 5 : Liste des facteurs de risque reliés au trouble de déficit de l'attention / hyperactivité et identification de ceux se rapportant à la situation de Mike.....	105
Tableau 6 : Liste des facteurs de protection reliés au trouble de déficit de l'attention / hyperactivité et identification de ceux se rapportant à la situation de Mike.....	106
Tableau 7 : Synthèse du contenu de l'ensemble des séances avec Mike.....	146
Tableau 8 : Résultats de Mike à l' <i>Inventaire de Coopersmith</i> selon les différentes sphères et facteurs.....	157

Liste des figures

Figure 1 : Représentation du cortex frontal.....	31
Figure 2 : Représentation des ganglions de la base.....	31

Remerciements

Je remercie sincèrement Madame Colette Jourdan-Ionescu, qui m'a dirigée dans la réalisation de cet essai, a su me soutenir et me fournir de précieux conseils. Je veux aussi exprimer toute ma reconnaissance aux nombreuses personnes qui ont accepté d'être mes lecteurs et correcteurs et m'apporter leurs commentaires enrichissants.

Je tiens à remercier Mike, qui a bien voulu m'aider dans la rédaction de cet essai (en fait, il a refusé au départ, croyant que je voulais qu'il m'aide à l'écrire...), et sa famille, qui m'ont permis de rapporter leur vécu.

Un gros merci également à toute l'équipe de la clinique externe de pédopsychiatrie du centre de santé et de services sociaux de Manicouagan, qui m'ont accueillie dans leur équipe comme si j'avais toujours fait partie des leurs et qui m'ont si généreusement partagé une partie de leurs expériences, me permettant ainsi d'accroître mes compétences et connaissances nécessaires à la réalisation du suivi thérapeutique avec Mike.

Introduction

Mike a neuf ans. À la maison, c'est l'enfer. Il crie, se chamaille avec ses frères, ne respecte pas les demandes de ses parents. Il faut dire qu'ils sont trois petits gars très actifs... La maman de Mike, à bout de souffle et de ressources, vient consulter. Le verdict tombe: Mike a un trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH). Abasourdie, son papier de prescription à la main, elle s'assoit dans le bureau adjacent au bureau du pédiatre pour avoir plus d'informations. Anne-Josée, intervenante à la clinique externe de pédopsychiatrie, lui explique plus en détails ce qu'est le TDAH et le rôle de la médication. Elle est éducatrice spécialisée et son rôle est de permettre aux parents d'avoir toutes les informations nécessaires pour bien comprendre la situation. Mike reste assis, sans dire un mot, sans un sourire. Le diagnostic et la médication ne peuvent pas changer miraculeusement sa situation. Mike et sa famille ont besoin d'une aide psychothérapeutique. Cet essai rapporte les interventions qui se sont déroulées durant les sept mois ayant suivi cette première rencontre. Cette étude de cas a pour objectif d'illustrer les problématiques vécues en lien avec le TDAH à travers l'histoire de Mike, un enfant diagnostiqué TDAH parmi tant d'autres.

Cette histoire est devenue banale, fréquente. Pourtant, chacune des familles qui passe par cette étape du diagnostic d'un TDAH arrive avec sa propre histoire, ses propres

blessures et ses besoins précis. L'enfant, caché derrière son TDAH, a trop souvent une piètre image de lui-même, se croyant «méchant» et «pas bon».

Cet essai, sous forme de guide pratique, se veut une recension des informations connues sur le TDAH et sur ses répercussions dans la vie de l'enfant atteint et de celle des gens qui l'entourent. Parce que l'enfant qui se trouve derrière le TDAH souffre autant que ses parents bien souvent essoufflés, il faut lui apprendre à se voir différemment, à dépasser lui aussi ce qui est le plus visible à l'œil: le TDAH. C'est pourquoi j'insisterai beaucoup sur l'estime de soi des enfants présentant un TDAH. Ce concept sera donc également défini et le développement de l'estime de soi sera décrit.

Ces aspects théoriques seront suivis de grands principes d'intervention intégrés dans une approche systémique, qui englobe les individus participants au quotidien de l'enfant. Un modèle d'intervention auprès d'un enfant TDAH sera présenté, basé sur les facteurs de risque présentés par l'enfant et sa famille et orienté vers le développement de facteurs de protection.

Partant d'une expérience d'aide à une famille avec des difficultés qui cherche à mieux vivre, en l'occurrence celle de Mike, ce modèle sera appliqué concrètement à leur situation. Parce que ce sont ces gens, au centre de l'action, qui sont les mieux placés pour devenir leurs propres agents de changement et des enseignants hors pairs du quotidien que vit leur famille. Ainsi, c'est à partir de leur évolution que je puiserai mes

réflexions sur l'utilité possible du travail sur l'estime de soi avec un enfant présentant un TDAH.

Cette réflexion prend donc naissance dans le suivi thérapeutique réalisé avec Mike. Son histoire servira d'illustration de mes propos, autant dans la présentation de ce qu'est le TDAH, que dans l'utilisation d'un modèle d'intervention systémique servant à construire un plan d'intervention et dans son application. Vous aurez ainsi l'occasion de rencontrer cet enfant et sa famille et de les suivre dans leur évolution, pas toujours facile, pas toujours constante, mais certainement unique et enrichissante. Peut-être Mike montrera-t-il son sourire...

A. Contexte théorique

1. Trouble du Déficit de l'Attention / Hyperactivité

*Moi, je vole et virevolte,
papillon trop désinvolte,
Mais chaque nouvelle fleur,
me remplit de ses saveurs.
Il n'y a pas de jours si longs,
où je ne cesse d'être vagabond,
Il n'y a pas de si bonne pluie,
qui ne me cause de grands ennuis.
Il faut bien que j'accélère le temps,
par le nombre de mes mouvements,
Et moi finalement me comprends,
dans tous les détours du vent.
Que je vole à l'endroit ou l'envers,
sois un grand acrobate,
ou un simple diplomate,
Je contemple ainsi mon univers.*

Claude Jolicoeur¹

¹ <http://www.deficitattention.info/indexCadreInf.htm> (consulté en ligne le 01-06-2005)

1.1 Le TDAH à travers le temps

Le profil de l'enfant TDAH est décrit depuis très longtemps. Selon Barkley (1997), il est défini d'une manière scientifique pour la première fois dans les publications d'un pédiatre anglais nommé Sir Georges Still (1902) qui a observé un groupe de 43 enfants en trouble de comportement (agressivité, défiance, résistance à la discipline, etc.). Il a remarqué que ces enfants agissent principalement en fonction des gratifications immédiates qu'ils peuvent obtenir, sans tenir compte des conséquences de leurs actions (Barkley, 1997). Il remarque que ce comportement est fréquemment associé aux troubles d'apprentissage, surtout chez les garçons. Il émet alors l'hypothèse d'une atteinte au cerveau, soit minime, soit importante si l'intelligence est touchée (déficience associée). L'expression «minimal brain damage» est alors adoptée. Celle-ci évolue et devient «minimal brain dysfunction» vers 1950 (Silver, 2004). Ce changement s'est produit suite au positionnement du *Oxford International Study Group on Child Neurology* qui statue qu'une atteinte au cerveau ne peut être conclue sur la base de comportements dysfonctionnels (Robitaille et Vézina, 2003). La description qui en est faite alors comprend trois aspects, dont des difficultés d'apprentissage, des problèmes d'hyperactivité et de distractibilité, des problèmes émotionnels et familiaux considérés comme étant les conséquences des deux premiers. Le concept a été scindé à la suite des études venant spécifier les différents symptômes. Les difficultés d'apprentissage furent approfondies et spécifiées, d'où l'apparition de la dyslexie, dysgraphie, trouble de langage réceptif, expressif, trouble moteur, etc. (Silver, 2004).

À l'approche des années 1970, des insatisfactions quant au terme de dysfonction cérébrale minime surgissent, car le concept devient un diagnostic fourre-tout (Robitaille et Vézina, 2003). C'est en 1968 que le trouble est intégré au système de classification médical sous le vocable «hyperkinetic reaction of childhood» (Silver, 2004). Par la suite, le terme se modifie à mesure que la description du trouble s'affine et se précise à la suite de l'approfondissement des connaissances concernant cette problématique. C'est ainsi que le trouble s'insère dans la catégorie des troubles mentaux spécifiques à l'enfance, pour la première fois regroupés dans le *Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux* (DSM-III) en 1980 sous l'appellation de *trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité*. L'accent est alors sur le déficit d'attention plus que sur l'hyperactivité, qui peut être présente, mais non nécessaire au diagnostic. À ce moment, un seul symptôme, soit l'inattention, l'hyperactivité ou l'impulsivité est requis pour obtenir un diagnostic. Dans l'édition de 1987, le DSM-III-R, le trouble devient *hyperactivité avec déficit de l'attention* et c'est maintenant l'hyperactivité qui prédomine jusqu'à l'arrivée, en 1994, du DSM-IV où aucun symptôme n'est considéré plus important par rapport aux autres. L'appellation officielle est maintenant *trouble de déficit de l'attention/hyperactivité* (TDAH) avec trois sous-types, soit de type inattention prédominante, hyperactivité-impulsivité prédominante ou de type mixte (Silver, 2004). Nous aurons l'occasion d'y revenir plus tard.

1.2 Quelle clientèle est affectée?

Selon la Société canadienne de pédiatrie, c'est 3 à 5 % de la population infantile qui est touchée par le TDAH. Parmi eux, on retrouve 2 à 4 fois plus de garçons que de filles². Ces chiffres seraient les mêmes quel que soit le pays ou la culture³. De plus, 30 à 40% de ces jeunes ont, en plus de leur TDAH, un trouble d'apprentissage (Silver, 2004). Un autre trouble que l'on retrouve fréquemment associé au TDAH est le trouble oppositionnel (TOP), que l'on retrouve dans 40 à 70% des cas (Barkley et Wilem, 2005). Finalement, la grande majorité de ces jeunes, soit environ 65%, va continuer de présenter un TDAH à l'âge adulte⁴.

1.3 Qu'est-ce que le TDAH?

Comme dit précédemment, le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) se caractérise principalement par trois éléments: l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité. Ces symptômes principaux reliés au TDAH peuvent s'exprimer de diverses manières dans les agissements de l'enfant. Claude Jolicoeur, pédopsychiatre, nomme

² Société canadienne de pédiatrie «L'utilisation des stimulants dans le traitement du trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité» (consulté en ligne le 06-01-2005): www.cps.ca/français/enonces/PP/pp02-02.htm

³ Rageau, J.-P. « TDAH : un diagnostic et un traitement plus précoce » (consulté en ligne le 05-01-2005) www.legeneraliste.fr/archives/view_article.php?cle=G2300R05SR01D00A01&tf

⁴ Eli Lilly Canada Inc. «le tout premier médicament non stimulant pour le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention est maintenant approuvé au Canada» (Consulté en ligne le 25 02 2005) <http://panda.cyberquebec.com/documents/Strattera%20NOC%20Release%20-%20FR%20FINAL%20Jan%206%202005.pdf>

différents traits particuliers que l'on retrouve fréquemment chez l'enfant TDAH⁵. En voici quelques-uns:

- ❖ L'enfant a tendance à rêvasser lors des tâches ennuyeuses et longues
- ❖ Le jeune a une meilleure concentration dans les activités de nature plus physique, manuelle ou qui impliquent un grand nombre de stimulations (télévision, jeux vidéo, etc.)
- ❖ Il a tendance à oublier les obligations routinières et les consignes qui doivent être répétées et répétées...
- ❖ L'enfant présente une propension à égarer ses objets... Il se retrouve fréquemment avec une seule mitaine ou oublie son livre nécessaire aux devoirs du soir
- ❖ Cet enfant peut présenter des difficultés scolaires dans les matières plus abstraites comme les règles de grammaire ou les mathématiques compliquées qui peuvent mener à un échec scolaire
- ❖ Placé en situation sociale, il peut devenir très excité et chercher à faire le clown pour se retrouver au centre de l'attention et faire rire
- ❖ Cet enfant peut faire preuve d'immaturité dans l'organisation de son temps, sa capacité de tolérer la frustration et à respecter les limites, son auto-contrôle, etc.
- ❖ L'enfant a beaucoup de difficultés à attendre et vit surtout selon le principe de plaisir, c'est-à-dire que ce qu'il veut ou ce dont il a envie doit se réaliser dans l'immédiat.

⁵ Jolicoeur, C. «Le déficit de l'attention chez l'enfant/jeune adolescent(e)» (consulté en ligne le 06-01-2005) <http://www.aei.ca/~claudelj/DA-enfance.html>

Ces éléments constituent des indices, qui devraient nous mettre la puce à l'oreille si l'on note leur présence chez un enfant, et non des critères qui mènent au diagnostic. Ceux-ci sont décrits dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1996), nomenclature regroupant les symptômes et la classification des troubles mentaux recensés par les spécialistes. Le tableau 1 reproduit cette nomenclature des symptômes du TDAH.

Tableau 1

Critères diagnostics du trouble : Déficit de l'attention/hyperactivité
(tiré du DSM-IV, American Psychiatric Association, 1996)

A. Présence soit de (1), soit de (2):

- (1) six des symptômes suivants d'**inattention** (ou plus) ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant.

Inattention

- (a) souvent, ne parvient pas à présenter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités
- (b) a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux
- (c) semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement
- (d) souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes)
- (e) a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités
- (f) souvent, évite, a en aversion ou fait à contrecoeur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison)
- (g) perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p. ex., jouets, cahiers de devoir, crayons, livres ou outils)
- (h) souvent, se laisse facilement distraire par des stimuli externes
- (i) a des oublis fréquents dans la vie quotidienne

- (2) six des symptômes suivants d'**hyperactivité-impulsivité** (ou plus) ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant.

Hyperactivité

- (a) remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège
- (b) se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis
- (c) souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents et les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice)
- (d) a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir
- (e) est souvent «sur la brèche» ou agit souvent comme s'il était «monté sur ressorts»
- (f) parle souvent trop

Impulsivité

- (g) laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée
- (h) a souvent du mal à attendre son tour
- (i) interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. fait irruption dans les conversations ou dans les jeux)

B. Certains symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans.

C. Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux ou plus de deux types d'environnements différents (p. ex., à l'école - ou au travail - et à la maison).

D. On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un Trouble envahissant du développement, d'une Schizophrénie ou d'un autre Trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex., Trouble thymique, Trouble anxieux, Trouble dissociatif ou Trouble de la personnalité).

Déficit de l'attention/hyperactivité, type mixte : si à la fois les Critères A1 et A2 sont remplis pour les 6 derniers mois

Déficit de l'attention/hyperactivité, type inattention prédominante : si, pour les 6 derniers mois, le Critère A1 est rempli mais pas le Critère A2

Déficit de l'attention/hyperactivité, type hyperactivité/impulsivité prédominante : si, pour les 6 derniers mois, le Critère A2 est rempli mais pas le critère A1

Vous avez sans doute remarqué dans le Tableau 1 qu'il existe différents types de TDAH. En effet, il y a le type inattentif, où ce sont les symptômes d'inattention qui prédominent (enfant lunatique), le type hyperactivité-impulsivité, pour lequel l'activité psychomotrice exagérée et l'impulsivité sont au premier plan (enfant tornade) et le type mixte pour lequel on retrouve un amalgame de symptômes des deux profils précédents.

Une attention particulière doit être portée sur certains points des critères diagnostiques. En effet, en plus des symptômes proprement dits, certaines conditions s'appliquent. Premièrement, les symptômes présentés par l'enfant doivent être présents depuis au moins six mois et se retrouver «à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant» (American Psychiatric Association, 1996). En effet, on ne demande pas à un enfant de sept ans d'être attentif à une tâche scolaire aussi longtemps qu'un adolescent de 16 ans, ou à un enfant de quatre ans de rester assis pendant plusieurs heures de suite par exemple.

Ensuite, on demande que certains symptômes gênant l'enfant dans son fonctionnement quotidien aient été présents avant l'âge de sept ans. Cela ne veut pas dire que le diagnostic doit absolument être fait avant cet âge. Certains facteurs peuvent avoir fait en sorte que le trouble soit passé inaperçu avant cet âge. Par exemple, un enfant lunatique qui a un niveau intellectuel élevé peut développer des stratégies qui compensent jusqu'à un certain point son déficit d'attention, ce qui fait que son rendement scolaire peut être bon durant une bonne partie du primaire (Barkley, 1998).

De plus, les symptômes présentés par l'enfant doivent lui nuire dans au moins deux sphères de sa vie, qui sont significativement touchées. Reprenons par exemple le cas de Mike. À l'école, il a tendance à être dans la lune au moment des explications du professeur ou encore à se décourager après un certain temps de travail personnel. Un objet lancé à l'autre bout de la classe attire autant son attention que son voisin qui se gratte, ce qui l'empêche de suivre le déroulement du cours. À la maison, c'est la lutte pour les devoirs et leçons, car Mike cherche à s'en débarrasser au plus vite. Des tensions avec ses parents sont alors présentes, surtout concernant les consignes en tout genre qui doivent être répétées plusieurs fois... Avec les amis, Mike cherche à avoir le contrôle et à décider. Les compromis sont difficiles pour lui. Les conflits sont fréquents puisque Mike ne se gêne pas pour dire sa façon de penser, même s'il n'a pas vraiment réfléchi aux conséquences fâcheuses que cela pourrait avoir. Il se retrouve souvent seul... On peut donc voir que, dans le cas de Mike, trois sphères de sa vie sont touchées, soit l'école, la famille et les amis.

Afin d'approfondir cette description de ce qu'est le TDAH, voyons maintenant plus en détail chacune des caractéristiques spécifiques ou des fonctions touchées par le trouble.

1.3.1 L'attention

Pour bien comprendre ce qu'est le déficit d'attention, il faut tout d'abord bien savoir ce qu'est le concept d'attention. Dans le langage courant, porter attention signifie être vigilant, diriger nos sens vers une source précise afin d'en capter les informations. Mais le concept d'attention implique trop d'ingrédients pour être défini aussi simplement. Il y a en fait différentes sortes d'attention, si on fait référence aux théories les plus utilisées, et celles-ci se développent à différentes étapes de la vie. Larochelle et Robitaille (2000) présentent des définitions intéressantes des divers types d'attention.

L'éveil «fait référence à une ouverture sensorielle sur le monde qui nous entoure» (Larochelle et Robitaille, 2000, p.20). C'est l'état dans lequel nous nous trouvons lorsque nous sortons d'une période de sommeil. Endormis, nous ne sommes en effet pas attentifs à l'environnement qui nous entoure... C'est donc la condition primaire à l'utilisation de nos capacités d'attention (Robitaille et Vézina, 2003).

L'attention sélective, c'est la capacité qu'a un individu de «choisir» une source de stimulation dans son environnement et de s'y coller. Les chevaux ont parfois des œillères, surtout en ville, afin de les aider à voir seulement ce qui est important pour eux: le chemin. Cette réduction de leur champ visuel leur permet en quelque sorte de focaliser leur attention et de ne pas être distrait par ce qui est en dehors de la route. Le processus

de l'attention sélective est un peu le même. On met l'éclairage sur une partie de l'environnement, ce qui fait que le reste des informations passe en second plan.

L'attention maintenue (ou soutenue) fait suite à l'attention sélective en ce sens que c'est elle qui permet de garder l'éclairage sur la même cible durant un certain laps de temps, variant entre 15 et 30 minutes, sans être distrait. C'est cette habileté qui nous permet de persévérer peu importe le niveau de difficulté. «L'attention soutenue permet donc au jeune de se concentrer sur une tâche et de la terminer dans un délai raisonnable, malgré la présence de petites distractions» (Robitaille et Vézina, 2003, p. 34).

L'attention partagée est un processus plus complexe. C'est la capacité de gérer plusieurs types d'informations. Par exemple, un élève en classe écoute son enseignant expliquer de la matière nouvelle et note simultanément les informations pertinentes. Il a besoin pour ce faire d'une sorte de «mémoire tampon», qui retient un petit nombre d'informations pour un court moment, afin d'avoir le temps d'écrire, sans perdre les éléments importants qu'il entend au même moment. Il s'agit de la mémoire de travail (Larochelle et Robitaille, 2000). Nous en reparlerons un peu plus loin.

La **distractivité aux stimuli internes** est, comme son nom l'indique, une forme de distraction plus qu'un type d'attention. C'est, en d'autres mots, ce que l'on appelle communément «être dans la lune» (Larochelle et Robitaille, 2000). C'est ce qui se passe, par exemple, lorsque nous sommes dans une conférence et que l'on se met à penser à ce

que l'on fera ce soir. Ce sont les pensées internes qui viennent prendre le dessus sur ce qui est en train de se passer dans l'environnement extérieur. C'est un processus qui peut être conscient ou inconscient, structuré en pensées cohérentes ou plutôt sous forme d'images ou de pensées non organisées. Peuvent aussi entrer en jeu toutes les inquiétudes et angoisses de l'enfant (Robitaille et Vézina, 2003). Il s'agit donc d'un manque de contrôle sur ce qui se passe au niveau interne et qui vient créer des «interférences dans le canal» choisi par l'attention sélective.

La **distractibilité aux stimuli externes** est la facilité avec laquelle une personne est distraite par ce qui se passe autour d'elle et est ainsi éloignée de sa tâche en cours. Par exemple, un enfant est affairé à sa tâche et son voisin lance une efface, ce qui le détourne de sa tâche. Ici, le processus de contrôle de l'attention entre en ligne de compte. La capacité à ne pas être distrait par ce qui nous entoure est en lien avec l'attention sélective et l'attention maintenue (Larochelle et Robitaille, 2000). Pour l'enfant avec un TDAH, on remarque fréquemment ce type de distractibilité. En effet, c'est l'enfant qui est dérangé par son voisin qui se gratte, par le bruit des néons, par les oiseaux qui volent dans la cour d'école, etc. On remarque également une difficulté à se détourner des distracteurs sans lien avec la tâche afin de revenir à celle-ci (Robitaille et Vézina, 2003). Donc, une fois dérangé, il est difficile pour l'enfant de revenir à son activité.

La **vigilance** est cette activité sollicitant beaucoup la patience qui consiste à rester très longtemps attentif à la survenue probable d'un événement attendu (Larochelle

et Robitaille, 2000), comme la cloche annonçant la fin du cours ou l'alarme de feu. Plusieurs animaux donnent de bons exemples de la vigilance, par exemple ces animaux chasseurs, qui peuvent rester immobiles sur de longues périodes à guetter leur proie. La vigilance est volontaire, contrairement à la distraction (Robitaille et Vézina, 2003).

La **supersistance**, c'est une forme de persistance extrême. On peut la retrouver chez les grands bourreaux de travail, par exemple, qui sont tellement concentrés sur leur tâche qu'ils en oublient même leur ventre qui crie ou les signes de fatigue. C'est une difficulté à stopper une activité (Larochelle et Robitaille, 2000).

Maintenant que nous avons vu les différents types d'attention, voyons comment se développent les processus attentionnels. Premièrement, il y a une distinction à faire entre l'orientation volontaire ou automatique de l'attention. Le processus volontaire correspond à l'attention sélective et maintenue, qui est la capacité de choisir la cible de l'attention et ensuite de la maintenir malgré les éléments de distraction qui peuvent survenir. C'est en quelque sorte le «mode manuel» de l'attention. Cette capacité de contrôle volontaire de l'attention nécessite un apprentissage, qui commence vers l'âge de deux ans et qui se poursuit jusqu'à huit ans. Lorsqu'un enfant présente un TDAH, l'âge d'atteinte de maturité de cette habileté peut être retardé à l'adolescence et même ne jamais être complété, ce qui fait en sorte que la personne devra apprendre à vivre avec ce déficit, qu'elle aura toute sa vie (Goudreau, 2000). L'attention a aussi son mode automatique. Alors que pour le mode manuel, un adulte a des capacités nettement

supérieures à celles de l'enfant, qui est en train d'apprendre à contrôler son attention, l'attention automatique est équivalente à tout âge. C'est la faculté de repérer un nouveau stimulus dans notre champ perceptuel (toute information qui touche l'un de nos sens) et de mobiliser notre attention sur celui-ci. Ce processus automatique de l'attention est en place très tôt chez l'enfant (Goudreau, 2000).

À partir du contrôle de l'attention, d'autres notions s'ajoutent. On a en quelque sorte une banque d'attention qui en contient une certaine quantité. Dans une tâche nouvelle, on aura besoin d'une plus grande quantité d'attention, ce qui en laisse moins pour les autres tâches. Par exemple, un enfant en train d'apprendre à lire concentre toute son attention au décodage des lettres et des syllabes pour arriver à lire le mot. À force de pratique, cet apprentissage devient automatique, ce qui fait que la quantité d'attention allouée à cette tâche peut être réduite et le reste de la banque peut être distribué ailleurs. Donc, l'enfant qui reconnaît automatiquement ses lettres et mots dirige maintenant son attention vers le déchiffrement du sens de ce qu'il lit. Plus les habiletés sont automatisées, plus le niveau d'attention disponible est grand et peut être distribué à d'autres tâches réalisées simultanément, comme écrire, corriger ses fautes, écouter le professeur, etc. (attention partagée) (Goudreau, 2000). Un enfant avec un TDAH possède lui aussi cette banque d'attention, mais c'est comme si sa banque est déjà hypothéquée par l'énergie qui doit être mise sur le contrôle de son attention en plus de la quantité qu'il gaspille en étant distrait par ce qui l'entoure, ce qui diminue grandement la réserve d'attention disponible

pour exécuter les tâches qui lui sont demandées. Les efforts qu'il doit y mettre sont donc plus importants.

Nous avons vu précédemment qu'il existe un processus volontaire et automatique de l'attention. Il est donc normal d'être parfois distrait lorsque l'on dirige notre attention vers une cible donnée. L'important, c'est d'être capable de ramener notre attention sur la tâche initiale. Pour ce faire, deux processus sont constamment en lien et interagissent ensemble. Il s'agit de la flexibilité cognitive et de la résistance à la distraction. Quand l'attention automatique me dirige vers un élément de distraction, j'en fais une analyse rapide et je retourne ensuite à ma tâche (flexibilité cognitive). Il y a alors un aller-retour incessant entre la tâche en cours et l'analyse d'informations secondaires. L'élément central dans la rapidité de ce traitement est le langage. En effet, nous pensons avec des mots et plus notre vocabulaire est développé, plus l'analyse sera faite rapidement (Goudreau, 2000).

Maintenant, après avoir traité l'information concernant ce qui m'a distrait, je dois revenir à mon activité initiale, à condition évidemment que je m'en souviennne! C'est ici qu'entre en jeu la mémoire de travail, dans laquelle mes informations concernant ma tâche première sont contenues pour un petit moment afin de me permettre de traiter la nouvelle situation. C'est donc elle qui agit comme base essentielle au processus d'aller-retour entre la tâche première et les informations secondaires. La mémoire de travail se développe graduellement dans l'enfance, commençant par être un contenu de nature

visuelle, auquel s'ajoute une composante auditive lorsque le langage est mieux maîtrisé. Le développement du langage intérieur permettra ensuite un meilleur contrôle de la mémoire de travail (Goudreau, 2000).

Nous avons vu que les processus attentionnels, en plus de comprendre différents types d'attention, impliquent aussi d'autres habiletés cognitives. C'est donc dire la complexité que peut représenter le TDAH, qui peut toucher les différents aspects examinés. Deux enfants ayant un TDAH n'auront peut-être pas les mêmes déficits, d'où l'importance de bien évaluer afin de cibler les éléments problématiques à travailler pour chaque jeune (souvent en éduquant l'enfant dans cette habileté spécifique).

1.3.2 L'impulsivité et les fonctions exécutives

L'explication la plus imagée de l'impulsivité que je connaisse est sans doute celle qu'a donnée Germain Duclos (2004a) au cours d'une formation sur le TDAH à l'aide d'une anecdote. Un jeune garçon, alors dans son bureau pour une consultation, se lève tout d'un coup sur sa chaise et, sans aucune raison, lui tord le nez. Ce qui fait que ce geste est impulsif, c'est que la personne la plus surprise n'est pas celle au nez tordu!

L'impulsivité est cette propension à agir avant de réfléchir. Les situations engendrées à la suite des actes impulsifs ne se soldent pas toujours par une fin cocasse. Elles occasionnent également bien des soucis aux enfants qui vivent avec un TDAH. Un

coup qui part tout seul, une réponse donnée avant la fin de la question, un mot blessant prononcé trop vite, sont autant de déclencheurs d'événements qui peuvent être difficiles à gérer pour ces jeunes.

L'impulsivité est donc en soi une difficulté à retenir ou à contrôler certains gestes ou paroles. Cette capacité d'autocontrôle, qui semble déficiente dans le TDAH, se retrouve dans un ensemble d'habiletés que l'on regroupe sous le nom de *fonctions exécutives*. Russell A. Barkley a élaboré une théorie sur le TDAH qui met ce trouble en relation avec une difficulté principale : un déficit de la capacité à inhiber une réponse (Barkley, 1997). Cette réponse apparaît immédiatement sans que le jeune ait pu se donner un temps pour réfléchir à sa réaction. Être incapable de se donner un délai avant de réagir ou de poser un geste dans une situation qui se déroule influence l'utilisation de différentes fonctions exécutives.

Le langage intériorisé, en d'autres mots, notre petite voix intérieure, est une des fonctions exécutives les plus importantes. C'est la base de notre pensée verbale, qui guide nos actions et nous dicte notre manière d'être. Jusqu'à l'âge de trois ans, nous n'avons pas cette capacité. Elle se développe graduellement. Lorsque l'enfant a acquis l'usage de la parole, il commence à se parler à lui-même, à voix haute. Vers cinq - sept ans, l'enfant commence à se donner des ordres ou à se parler de manière télégraphique, dans sa tête, afin de guider son comportement (contrôle de soi). Les règles commencent à être intériorisées, c'est-à-dire que l'enfant peut se les dire lui-même plutôt que se les

entendre dire. Ce n'est qu'entre neuf et douze ans que cette fonction est à son plein développement. Ainsi, tout est maintenant dans la tête et l'enfant a acquis un autocontrôle suffisant pour pouvoir se dire les règles lui-même (Barkley et Wilem, 2005). C'est aussi cette capacité qui nous permet de réfléchir sur nos actions, de nous autoévaluer dans une situation, de trouver de nouvelles solutions à un problème et de préparer notre futur en dirigeant nos actions vers un but (Barkley, 1997). La petite voix intérieure n'est pas inexistante chez les enfants ayant un TDAH, mais il leur arrive souvent de penser tout haut...

Le contrôle du comportement, avant d'être régi par le langage intérieur, provient d'une source extérieure, comme le parent par exemple. C'est ainsi qu'au départ, le comportement d'un enfant sera contrôlé de l'extérieur, par une autre personne. La demande devra être directement liée à ce qui se passe au moment présent et être suivie par une gratification immédiate pour générer la motivation. Au fur et à mesure, l'enfant apprend à gérer ses comportements lui-même, à l'aide de sa voix intérieure, à anticiper le futur, ce qui lui permet de prévoir les conséquences possibles de ses actions et d'accepter que la gratification survienne plus tard. L'enfant avec un TDAH aura tendance à rester au premier niveau, soit, géré par l'extérieur et gratifié immédiatement (Barkley et Wilem, 2005). C'est pourquoi on entend souvent dire qu'il a besoin d'un encadrement très structuré, de règles claires et concrètes et d'incitations qui le pousseront à agir. Selon les connaissances actuelles, la difficulté de gestion comportementale des jeunes avec un TDAH est fortement en lien avec le fait qu'ils développent leur langage interne

plus tard que les autres. Leur petite voix étant immature, elle ne peut pas leur donner une «marche à suivre comportementale» toujours appropriée aux diverses situations (Barkley, 1998).

Parfois, lorsqu'une situation survient, nous avons besoin de nous en faire une sorte de copie afin de pouvoir y revenir et l'analyser après sa disparition de l'environnement. Cette fonction se nomme la «prolongation de l'événement». Ainsi, il est possible de l'analyser et de la comparer avec d'autres expériences, ce qui permet d'envisager et de prévoir les conséquences hypothétiques possibles qu'une action pourrait avoir suite à cette situation (Barkley, 1997). Cette habileté participe à la capacité de résolution de problème, qui est en fait une analyse d'une situation problématique en plusieurs étapes, soit sa description, la recherche de différentes solutions possibles, le choix de celle qui apparaît la meilleure, son application puis son évaluation. Cette réflexion est rendue difficile lorsque l'on a de la difficulté à prendre un temps avant de réagir, comme dans le cas du TDAH.

Lorsque l'on réagit trop vite à une situation, il arrive souvent qu'on le fasse sous le coup de l'émotion, ce qui peut faire du bien dans l'immédiat, nous déchargeant de notre réaction émotive, mais qui n'est pas nécessairement la réaction la plus payante à long terme. Par exemple, Mike souhaite qu'un copain vienne jouer dehors après la classe. Celui-ci refuse, car il est déjà invité chez un autre ami. Mike, qui n'a pas pris le temps de se rendre compte qu'il était déçu, a réagi en le traitant de «plate» ainsi qu'en

dénigrant l'autre copain. Avoir pris un peu de temps, il aurait pu «séparer les faits des émotions», ce qui lui aurait permis de passer outre sa déception pour réfléchir sur les faits et ainsi trouver une autre réponse à faire à son ami, plus acceptable, comme de l'inviter pour le lendemain. Ce processus se nomme aussi «autorégulation des émotions» et permet d'orienter les réponses vers un but futur ou une récompense qui arrivera plus tard. Cela se fait en inhibant la réponse première, ce qui permet l'utilisation du langage intérieur et du bagage de situations connexes afin de moduler la réponse. Cette réflexion personnelle sur l'événement peut également mener à une modification de la charge émotionnelle qui y est reliée en amenant une compréhension différente de la situation (Barkley, 1997). Dans l'exemple qui nous occupe, Mike aurait pu orienter sa réponse vers la remise au lendemain de la satisfaction de son désir.

Une autre fonction, qui se rapproche un peu de la prolongation de l'événement, aussi en lien avec le langage intérieur, est la «reconstitution». Ce processus est composé de deux composantes. La première est l'analyse, qui décortique la situation en petites parties afin de bien les saisir individuellement et d'en retirer toutes les informations pour arriver à la seconde composante, la synthèse, qui permet de se faire une idée globale sur les messages qui en ressortent afin de guider nos actions de façon appropriée (Barkley, 1997). Prenons un exemple concret pour illustrer cette explication. L'enseignante demande le silence afin de donner les explications du dernier travail. Elle donne les numéros de pages à faire et se dit disponible s'il y a des questions. Elle ajoute que le reste du cours est consacré à ce travail. Après avoir analysé les différents éléments de ce

message, j'ai plusieurs actions à faire: ne pas parler, sortir mon cahier et l'ouvrir aux bonnes pages, commencer à travailler, car il reste 20 minutes seulement avant la fin de la classe, aller voir l'enseignante si j'ai des questions. Il s'agit donc de décortiquer en actions concrètes afin d'arriver à répondre à la demande.

La gestion du temps est une autre capacité qui est déficiente dans le TDAH. Le temps n'est pas ressenti de la même manière pour un enfant que pour un adulte. À cinq ans, l'attente du soir de Noël ou de notre anniversaire semble tellement longue! Alors qu'à 30 ans, on dirait que le Noël précédent vient juste de passer. La notion du temps doit se développer. Chez l'enfant, on en voit une amorce vers trois ou quatre ans, lorsqu'il commence à créer une petite histoire dont les quelques éléments se suivent chronologiquement dans le temps. La compréhension du temps qui commence à cet âge se fera en terme de séquences. Premièrement, il s'agit d'une suite d'activités, puis de jours et de nuits, puis, plus tard, les heures et les minutes pourront être intégrées⁶. En terme de processus cognitif, l'organisation du temps est importante puisqu'elle permet de pouvoir retarder une gratification (pour attendre la récompense, il faut avoir une idée du temps qu'il faudra patienter), la planification des actions à faire (j'ai une heure avant de souper et je dois faire mes devoirs et le ménage de ma chambre. Si j'ai de la difficulté à me représenter ce qu'est une heure, je pourrai aussi envisager de jouer dehors, d'écouter

⁶ Jolicoeur, C. (1999) «Le déficit de l'attention chez l'enfant/jeune adolescent(e):les multiples notions du temps» (consulté le 06-01-2005) Sur internet: <http://www.aei.ca/~claudelj/temps.html>

la télévision, etc. tout en pensant qu'il me restera du temps pour faire ensuite mes tâches...).

Il est très difficile pour un enfant avec un TDAH de gérer son temps. Ces enfants, en effet, ont tendance à oublier ce qu'ils doivent faire. Ils vivent au moment présent avec une sorte de myopie de l'avenir (Barkley et Wilem, 2005). Après avoir fait une action, ils sont déjà passés à autre chose, recherchant sans cesse un autre petit plaisir, une autre stimulation, ici, maintenant, tout de suite. C'est pourquoi les jeux vidéo les intéressent tant. C'est une suite incessante d'actions - réactions.

Barkley explique donc la capacité d'inhibition des comportements par la présence de différents ingrédients, provenant des différentes fonctions exécutives, qui permettent d'arriver au contrôle moteur. On remarque dans ce modèle que plusieurs aspects sont souvent problématiques lorsqu'il y a un TDAH, découlant souvent de la difficulté à s'arrêter (capacité d'inhibition), ce qui fait que les processus cognitifs ne sont pas correctement utilisés. Barkley et Wilem (2005) séparent la capacité d'inhibition en quatre ingrédients principaux, regroupant des habiletés spécifiques, qui mènent au contrôle moteur. Le tableau 2 en fait la synthèse.

Tableau 2

Composantes de la capacité d'inhibition sous-jacentes au contrôle moteur
(Inspiré de Barkley et Wilem, 2005)

Composantes	Descriptifs
Se tourner vers soi (mémoire de travail non verbale)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Utiliser la capacité de donnant-donnant, la coopération ❖ Employer l'imitation et l'apprentissage indirect (par l'expérience d'autrui) ❖ Prendre du recul, prévoir, orienter ses actions vers le futur ❖ Voir le sens, l'utilisation de la gestion du temps
Se parler (discours interne, mémoire de travail verbale)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Viser l'intériorisation des règlements ❖ Avoir une réflexion sur soi et une capacité à se remettre en question ❖ Faire preuve de jugement moral
Émotion/Motivation	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Faire appel à la motivation intrinsèque (qui provient de l'intérieur de soi), capacité à alimenter un comportement orienté vers le futur ❖ Modifier des états émotionnels et en créer de nouveaux
Se rejouer à soi-même (reconstitution)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Planifier, trouver plusieurs solutions en vue du même but ❖ Utiliser la résolution de problèmes ❖ Trouver une diversité de solutions grâce à la capacité d'en générer de nouvelles ❖ Assembler différentes actions orientées vers un but

La capacité d'inhibition implique donc de se «regarder aller» tout en ayant un regard sur les événements qui surviennent. Les différents éléments contenus dans le tableau 2 nécessitent souvent un apprentissage, ou plutôt un mode d'emploi de ces fonctions. On remarque d'ores et déjà plusieurs pistes de travail avec l'enfant qui présente un TDAH tels la gestion du temps, la résolution de problème et la prise d'un recul sur la situation. Tel que vu précédemment, les enfants ayant un TDAH, au plan du contrôle comportemental, ont tendance à rester au stade de la gestion externe. Ainsi en est-il aussi de l'apprentissage des techniques palliant aux déficits des fonctions

exécutives qui sont en lien avec la capacité d'inhibition. Le défi est donc de les aider à devenir autonome dans l'utilisation de ces méthodes.

1.4 Étiologie du TDAH

Même si les recherches montrent que le TDAH ne trouve pas principalement son origine dans des facteurs affectifs, les symptômes de ce trouble neurobiologique peuvent, par ailleurs, apparaître plus précocement ou encore être amplifiés en présence de facteurs tels des problèmes familiaux ou relationnels avec l'enfant (Barkley, 1998). Il est aussi important de noter que certains symptômes ressemblant au TDAH peuvent apparaître en raison de conditions psychosociales difficiles, mais ne devraient alors pas être diagnostiqués sous le vocable de TDAH.

Plusieurs facteurs étiologiques sont rapportés comme pouvant participer à l'apparition du TDAH. À l'heure actuelle, il s'agit souvent plutôt d'hypothèses explicatives et non étiologiques, comme par exemple les facteurs développemental et environnemental. Avant de les voir plus en détails, puisque le TDAH est un problème neurobiologique (donc une atteinte au fonctionnement du cerveau), regardons tout d'abord les explications physiologiques avancées à ce jour.

1.4.1 Explications Neurologiques

Certaines zones précises du cerveau sont connues comme étant touchées par le TDAH. Il s'agit du cortex frontal, du système limbique, des ganglions de la base (noyaux basaux) et de la formation réticulée (Silver, 2004). Plusieurs systèmes interagissent avec ces parties du cerveau. Pour que ces zones remplissent leurs rôles adéquatement, les neurotransmetteurs doivent être en quantité suffisante. Ces neurotransmetteurs sont les messagers chimiques qui servent d'informateurs dans les différentes régions du cerveau et entre elles. Le neurotransmetteur suspecté d'être en cause dans le TDAH est la norépinéphrine ou l'un de ses précurseurs, la dopa ou la dopamine. Toute déficience de ces neurotransmetteurs dans une des parties du cerveau nommées ci-dessus peut entraîner de l'inattention, l'hyperactivité ou l'impulsivité (Silver, 2004). La figure 1 illustre la localisation du cortex cérébral dans le cerveau, alors que la figure 2 présente les ganglions de la base.

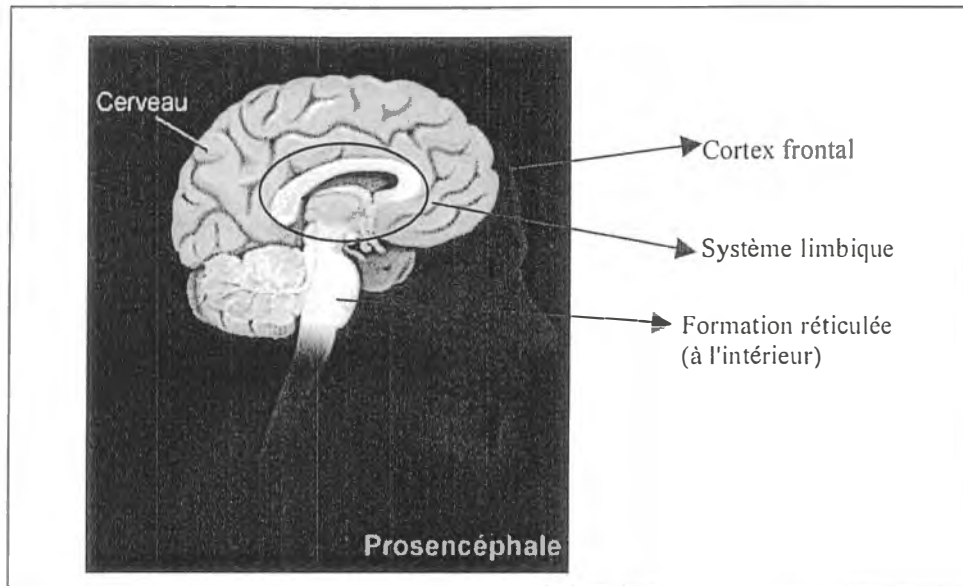


Figure 1. Représentation du cortex frontal (Tiré de l'Atlas du cerveau, Institut Lundbeck⁷)

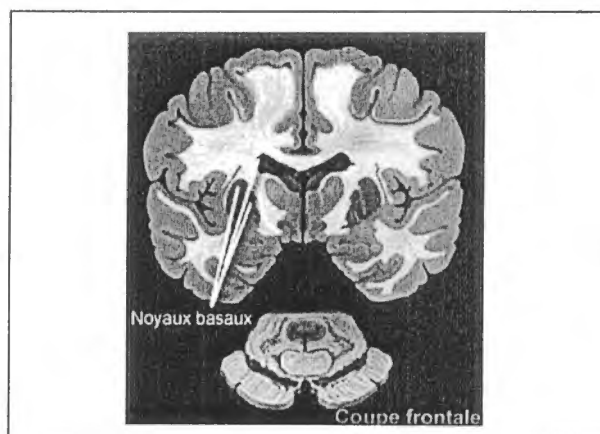


Figure 2. Représentation des ganglions de la base (Tiré de l'Atlas du cerveau, Institut Lundbeck)

⁷ Institut Lundbeck. «L'atlas du cerveau» (consulté en ligne le 11-02-2005). http://fr.brainexplorer.org/brain_atlas/Brainatlas_index.shtml

Reprenons maintenant chacune de ces parties afin d'en voir le rôle dans cette mécanique très précise et fragile qu'est le fonctionnement du cerveau.

Premièrement, on retrouve dans le cortex cérébral, qui est l'espèce d'enveloppe plissée qu'on voit à la surface du cerveau, la région que l'on nomme «cortex frontal». Cette partie du cortex est située à l'avant du cerveau, c'est-à-dire derrière le front (d'où son nom). C'est également la région, si on reprend l'évolution de l'être humain, qui est la plus récente, donc, qui contient les fonctions les plus évoluées chez l'homme. En effet, c'est dans cette zone que sont regroupées les fonctions cognitives supérieures, c'est-à-dire, les capacités de raisonnement, de concentration et la pensée abstraite (manipulation de concepts non tangibles, par exemple: l'esprit, l'amour, etc.). Ensuite, le système limbique peut également être touché quand il y a un TDAH. Il s'agit d'un ensemble de petites parties situées à l'intérieur du cerveau. Ce système limbique joue un rôle important notamment dans l'expression émotionnelle⁸. La formation réticulée, qui se trouve à l'intérieur de la protubérance pointée dans la figure 1 a, entre autres, une «influence sur l'éveil et le degré général d'activation et de conscience»⁹. Finalement, les ganglions de la base, nommés noyaux basaux dans la figure 2, jouent un rôle dans la motricité puisqu'ils régularisent les mouvements squelettiques ainsi que d'autres

⁸ Institut Lundbeck. «L'atlas du cerveau» (consulté en ligne le 11-02-2005). http://fr.brainexplorer.org/brain_atlas/Brainatlas_index.shtml

⁹ Idem

fonctions motrices supérieures (par exemple: la coordination de l'œil avec la main) à partir d'informations en provenance du cortex¹⁰.

Le cerveau est un organe particulièrement complexe et un déséquilibre dans une région peut entraîner différentes conséquences puisque toutes les parties du cerveau interagissent entre elles. En plus des cellules composant le cerveau, les messagers chimiques (neurotransmetteurs) jouent un rôle capital dans son bon fonctionnement. Certains chercheurs croient que c'est la combinaison de ces deux aspects qui mène au TDAH (Robitaille et Vézina, 2003). Il faudra attendre encore quelques années avant de connaître exactement les bases neurobiologiques du TDAH. Voyons maintenant quelques hypothèses sur la raison de l'apparition de ces dysfonctions dans le cerveau.

1.4.2 Hypothèses génétiques et développementales

L'enfant, lors de sa conception, est en quelque sorte un corps étranger dans l'organisme de la mère. En fait, à moitié étranger en raison de la composante provenant du père. Ceci donne lieu à une tentative de rejet immunitaire du corps de la mère face à cet embryon. Cette lutte peut retarder le processus de maturation du fœtus, ce qui peut influencer également l'intégrité neurologique, d'autant plus si le bébé en devenir est un garçon puisque le chromosome Y est en quelque sorte un intrus chez la mère qui n'est constituée que de chromosomes X. Cette différence sexuelle pourrait être en lien avec le

¹⁰ Institut Lundbeck, opcit.

fait que plus de garçons (4 à 5 fois plus) présentent des difficultés de développement¹¹. Cette hypothèse générale du processus de maturation *in utero* peut concerner le TDAH, mais aussi d'autres problématiques autant au plan physique que cognitif.

Toujours au plan génétique, lorsque l'on examine les antécédents familiaux, il est fréquent de retrouver dans la famille, que ce soit dans la fratrie, chez les parents ou dans la famille élargie [oncles, tantes, cousin(e)s] la présence de TDAH. En fait, c'est le cas pour environ 50% des individus ayant un TDAH (Silver, 2004). Plus précisément, un enfant a 54% de chance de développer un TDAH si un de ses parents en est atteint. Si un membre de sa fratrie vit avec ce trouble, une fille a 13 à 17 % de chances d'avoir le trouble et ce pourcentage s'élève à 27 à 30 % pour un garçon (Barkley, 1998). La fréquence de ce pattern familial est un indicateur de la probabilité de l'influence du code génétique comme favorisant l'apparition d'un TDAH. Ces chiffres sont en augmentation constante. En effet, les taux de transmission génétique seraient plutôt de l'ordre de 80% selon de récents propos de Keith Conner en 2004 et même de 91% selon ce qu'en dit Thomas Brown (propos tenus lors d'un congrès, rapportés par Dubois, 2005). Le gène responsable, ou du moins le processus génétique en cause, dirait en quelque sorte au cerveau de se développer d'une manière particulière dans certaines zones. Aucun marqueur génétique spécifique n'est connu actuellement (Silver, 2004). Par ailleurs, il s'agirait d'une prédisposition génétique et non d'une prédétermination, c'est-à-dire que,

¹¹ JOLICOEUR, C. (1998) «Quelques hypothèses et théories sur le fonctionnement de l'appareil mental de l'enfant» (consulté en ligne le 05-01-2005) <http://www.aei.net/~claudelj/theorie.html>

même si le gène est présent, l'individu n'aura pas nécessairement un TDAH (Maté, 2001). S'il s'agissait d'une prédétermination, tous les individus d'une même famille partageant le même code génétique présenteraient un TDAH, ce qui n'est pas nécessairement le cas. En fait, d'après une recherche de Faraone et ses collègues en 1992, «46% des garçons et 32 % des filles porteurs du gène développeraient un TDAH» (rapporté dans Robitaille et Vézina, 2003, p. 57).

Au plan développemental, il est prouvé que 50% des nourrissons de mères cocaïnomanes durant la grossesse présentent de l'impulsivité, des troubles d'apprentissage ou un TDAH en grandissant. Les données actuelles sur l'influence de la consommation d'autres types de drogues durant la grossesse ne sont pas aussi complètes que celles concernant la cocaïne, mais le tableau semble être le même. La consommation de substance chez le père peut également être prise en compte puisque l'état d'intoxication au moment de la conception peut affecter les informations de nature génétique contenues dans le sperme (Silver, 2004). Concernant la consommation d'alcool, une femme enceinte qui boit de grandes quantités risque de mettre au monde un enfant atteint d'un syndrome alcoolo-fœtal, syndrome qui peut comprendre l'hyperactivité. Des difficultés d'attention peuvent aussi apparaître chez un enfant dont la mère n'aura consommé que modérément de l'alcool lorsqu'elle était enceinte. L'équipe de E. Mike, en 2002, a réussi à prouver le lien existant entre le TDAH et la consommation d'alcool et de tabac au cours de la grossesse (Robitaille et Vézina, 2003). Silver (2004) rapporte l'hypothèse que la consommation de médicaments durant la

grossesse qui ont la possibilité de traverser le placenta peut influencer le développement du bébé. Ces éléments confirment l'importance pour la future maman de cesser de consommer des substances telles l'alcool, le tabac ou les drogues pendant qu'elle porte son enfant.

1.4.3 Hypothèses environnementales

Certaines recherches établissent un lien probable entre la présence d'un TDAH et des quantités trop importante de plomb dans le sang (Barkley, 1998). Des données récentes émettent l'idée que les toxines environnementales augmentent le nombre de cas de problèmes d'apprentissage, de développement ou de comportement apparaissant chaque année. « Plus de la moitié (53%) de toutes les émissions chimiques toxiques rapportées à la *Federal Toxins Release Inventory* sont connues ou suspectées comme étant des toxines qui agissent au niveau développemental et neurologique» (traduction libre de Silver, 2004, p. 25). Des résultats récents laissent entrevoir une incidence de ces toxines sur le développement du cerveau (Silver, 2004). Mais, plusieurs questionnements restent encore avant d'arriver à comprendre le rôle des facteurs environnementaux dans la genèse du TDAH.

D'autres facteurs socio-environnementaux tels une nutrition pauvre ou le stress au cours de la grossesse sont également avancés comme hypothèses (Silver, 2004).

Bien des hypothèses, tant au niveau génétique, développemental ou environnemental sont mises de l'avant quant aux causes du TDAH. Actuellement, il n'y a pas de cause unique démontrée, ce qui fait qu'il est possible qu'un amalgame de facteurs participe à l'apparition du TDAH.

1.5 Qu'est-ce qu'on peut faire?

Puisqu'il s'agit d'un trouble d'origine biologique, l'aspect médical basé sur une médication est à prendre en considération. Il s'agit d'un traitement plutôt controversé, sur lequel des discours contradictoires ont lieu. Ce traitement est fréquemment méconnu dans la population en général. Nous prendrons donc le temps de démystifier cette médication, de voir dans quel cas elle est utile et quels en sont les effets.

Il n'est pas rare d'entendre dire qu'il est inacceptable de donner des pilules aux enfants hyperactifs pour les calmer. Ce qu'il faut savoir, c'est que la médication couramment utilisée pour traiter le TDAH n'est pas un calmant, mais au contraire un stimulant du système nerveux dont on a découvert par hasard qu'il avait cet impact paradoxal de calmer les hyperactifs. L'action de ces médicaments n'est pas encore exactement connue, mais, ce qu'on en sait, c'est que la molécule irait agir sur les neurotransmetteurs déficients, ce qui a comme effet de régulariser leurs actions auprès

des connexions qui se font mal autrement¹². En d'autres mots, c'est comme si certaines connexions dans le cerveau atteint de TDAH étaient paresseuses, ou plutôt inefficaces puisqu'un des ingrédients nécessaires à leur bon fonctionnement (neurotransmetteur) n'est pas en quantité suffisante. Ainsi, les zones de l'attention et du contrôle de soi ne fonctionnent pas d'une manière optimale, puisque les informations ne peuvent pas être triées efficacement pour permettre au cerveau de bien gérer ces aspects. Les molécules chimiques contenues dans la médication iraient tout simplement donner un coup de pouce aux neurotransmetteurs inefficaces, d'où le nom de «stimulants».

Les stimulants du système nerveux sont connus depuis longtemps. C'est en 1937 que ces stimulants sont utilisés pour la première fois auprès d'enfants avec trouble de comportement afin de les calmer et d'augmenter leur rendement (Robitaille, 2003). Par ailleurs, il est important de garder en tête que «le but n'est jamais de transformer un enfant turbulent en enfant calme, ni de pousser un enfant peu performant vers de meilleurs résultats, mais bien de donner la possibilité à un enfant touché par le TDAH de développer ses capacités, son potentiel et sa perception (traitement de l'information dans son sens plus large) afin de lui permettre de se sentir comme tous les autres enfants»¹³. Effectivement, la médication doit être mise au service de l'enfant qui est exagérément

¹² Ryffel, M. (1998) «Lunettes ACCOS : Attention Concentration Contrôle de Soi : Remarques et directives à propos du traitements avec des stimulants pour le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)» (consulté en ligne le 04-05-2005) <http://www.aspedah.ch/lunettes-ACCOS-Ryffel.htm>

¹³ Idem

désavantagé par la présence du TDAH et qui en vit des conséquences néfastes pour son développement, autant intellectuel que social et affectif.

À ce propos, il est important d'avoir certains questionnements avant de donner de la médication à un enfant qui a un TDAH. Voici une liste de quelques aspects à regarder selon Barkley (traduction libre, Barkley, 1998).

- ❖ *Présence d'une bonne évaluation médicale et psychologique* qui a permis d'éliminer les autres explications du problème.
- ❖ *Âge de l'enfant*, puisque le traitement pharmacologique peut être différent si l'enfant est d'âge préscolaire.
- ❖ *Autres alternatives essayées au préalable*. La prescription de médication devrait arriver après d'autres pistes d'intervention, comme d'outiller les parents dans la gestion du comportement de l'enfant. Par ailleurs, si la situation est très problématique, la médication peut s'avérer être le traitement initial requis.
- ❖ *Sévérité du TDAH*, car, lorsque les symptômes sont trop importants, que le comportement est vraiment incontrôlable et est la cause d'une détresse profonde dans la famille, la médication peut être nécessaire en attendant le commencement d'autres formes d'intervention.
- ❖ *Attitude des parents face à la médication*, puisque si les parents sont contre les traitements pharmacologiques, il ne sert à rien de prescrire une médication. Il est, à

ce moment, plus utile de leur donner de la documentation afin qu'ils puissent avoir toutes les informations nécessaires pour se faire leur opinion.

- ❖ *Opinion du jeune à propos de la médication*, car s'il y est réticent ou opposé, le traitement risque d'échouer.
- ❖ *Présence d'anxiété, de craintes ou de plaintes psychosomatiques chez le jeune*. Car les enfants présentant ces caractéristiques sont moins susceptibles de répondre favorablement aux stimulants. Une autre forme de médication serait à envisager.
- ❖ *Présence de toxicomanie dans le milieu familial*, car il s'agit d'un risque que la médication soit utilisée à d'autres fins que celle motivant la prescription.

Mais quels sont au juste ces médicaments? Il y a bien sûr le fameux Ritalin, qui soulève tant de réactions. Cette appellation est le nom commercial d'un produit que l'on nomme le méthylphénidate. Il s'agit de petits comprimés que l'on peut séparer pour ajuster la dose. C'est un médicament à action rapide, puisque son effet commence à apparaître de 20 à 30 minutes après la prise. Son action dure environ 4 heures et il n'en reste plus aucune trace dans l'organisme après 12 heures. C'est en raison de sa courte durée qu'il doit y avoir plusieurs prises par jours (2 à 3 selon les cas)¹⁴. Ceci peut aussi parfois occasionner ce qu'on appelle le «phénomène de rebond»: puisque le médicament s'élimine rapidement, on voit parfois les symptômes réapparaître avec

¹⁴ Robitaille, C. (2000) «Déficit de l'attention et hyperactivité (3^e partie): L'utilisation du Ritalin» (consulté en ligne le 04-05-2005) http://www.servicevie.com/02Sante/Sante_enfants18122000/enfants18122000.html

force. Le dosage et le moment des prises peuvent alors être réajustés¹⁵. Pour contrer cet effet rebond, le Ritalin SR a été créé. Il se veut à «désintégration lente», donc avec une durée d'action plus longue (environ 8 heures). Mais, son efficacité serait moindre que le Ritalin de courte durée. De plus, il existe des médicaments génériques du Ritalin, c'est-à-dire qu'ils contiennent à peu de chose près les mêmes ingrédients, un peu comme on retrouve des équivalents en pharmacie de la marque Aspirine ou Tylénol. Les copies du Ritalin coûtent moins cher, mais sont aussi moins efficaces¹⁶.

Depuis quelque temps, on a vu l'apparition au Québec d'un nouveau médicament pour le TDAH. Il s'agit du Concerta (chlorydrate de méthylphénidate). C'est un parent du Ritalin, qui a comme propriété une libération continue dans l'organisme, ce qui élimine l'effet rebond. Il se présente sous forme de capsules qui doivent être avalées entières puisque c'est grâce à leur enveloppe, qui est par la suite éliminée puisqu'elle ne se digère pas, que le médicament est distribué petit à petit. Le mécanisme d'action n'est pas bien connu, mais on croit qu'il agit sur la dopamine et noradrénaline (neurotransmetteurs) (Janssen-Ortho, 2005). Le fait qu'une seule capsule par jour soit nécessaire est non négligeable car cela évite la multiplication des prises au courant de la journée (ainsi que les oublis qui peuvent survenir). De plus, il arrive fréquemment que

¹⁵ Ryffel, M. (1998) «Lunettes ACCOS : Attention Concentration Contrôle de Soi : Remarques et directives à propos du traitements avec des stimulants pour le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)» (consulté le 04-05-2005) Sur internet : <http://www.aspedah.ch/lunettes-ACCOS-Ryffel.htm>

¹⁶ Robitaille, C. (2000) «Déficit de l'attention et hyperactivité (3^e partie) : L'utilisation du Ritalin» (consulté en ligne le 04-05-2005) http://www.servicevie.com/02Sante/Sante_enfants18122000/enfants18122000.html

les enfants ou les adolescents soient mal à l'aise de prendre leur médication à l'école, ce qui peut équivaloir pour eux à une certaine identification de la part de leurs camarades. La prise unique évite ce désagrément.

D'autres molécules existent pour traiter le TDAH, dont la Dexédrine, utilisée, entre autres, avec les tous petits d'âge préscolaire. L'important avec la médication, c'est qu'elle soit ajustée au métabolisme de la personne qui en prend, un peu comme le diabétique qui doit prendre la dose d'insuline requise selon ses besoins, ce qui rend les contrôles médicaux essentiels afin d'avoir la plus petite dose nécessaire au bon fonctionnement du jeune¹⁷.

Et qu'en est-il des effets secondaires? On les remarque habituellement lors des deux premières semaines suivant le début du traitement et ils cessent par la suite dans la plupart des cas. Les plus fréquents sont la perte d'appétit, les nausées et les maux de tête. On peut parfois retrouver des difficultés d'endormissement, qui étaient souvent présentes avant la médication. Des tics peuvent apparaître, mais cet effet ne toucherait qu'environ 1% des jeunes. Finalement, on entend parfois dire d'un enfant sous médication qu'il a l'air «gelé» ou amorti. Ceci n'est pas un effet secondaire, mais plutôt la conséquence d'un surdosage. Si les effets secondaires sont persistants, la médication est habituellement cessée¹⁸. Des éléments de tristesse, de déprime ou d'anxiété peuvent

¹⁷ Ryffel, (1998), opcit.

¹⁸ Robitaille, (2000), opcit.

parfois apparaître. Ceux-ci seraient dus, non pas directement à la médication, mais plutôt au fait que l'enfant, étant plus disponible, se rend compte de sa différence par rapport aux autres et de l'isolement social dans lequel il se retrouve.

Évidemment, les psychostimulants n'ont pas que des effets négatifs! Voici une liste de certains effets positifs recensés par la Société américaine de psychiatrie infantile¹⁹:

- ❖ Disparition de différentes gênes pour autrui (paroles, bruits et dérangements excessifs)
- ❖ Amélioration de la motricité fine
- ❖ Meilleure intégration dans les jeux et le sport
- ❖ Meilleure acceptation de la part des autres enfants
- ❖ Amélioration de la relation parent-enfant, le climat familial étant plus détendu
- ❖ Amélioration de l'attention, surtout lors de travaux relativement monotones
- ❖ Disparition des actes impulsifs : l'enfant réfléchit avant d'agir
- ❖ Rendement de travail plus grand, plus efficace.

¹⁹ Ryffel, (1998), opcit.

Ces améliorations ne surviennent pas nécessairement toutes ensemble, pas plus que dans tous les cas. En effet, on retrouve environ de 73 à 77% des enfants prenant des stimulants pour qui des améliorations apparaissent, concernant principalement une augmentation de l'attention de même qu'un meilleur contrôle de soi. Il y a environ 20 à 30 % des jeunes avec un TDAH qui ne retirent pas de bénéfices des stimulants (Robitaille, 2003).

Bien que l'on remarque actuellement une tendance à la surprescription de psychostimulants, il n'empêche que, pour une grande partie des enfants vivant avec un TDAH, ces médicaments sont essentiels car ils ne sont pas disponibles aux apprentissages, souvent rejetés et vivent une trop grande quantité d'échecs (Duclos, 2004 a).

Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité est en fait un syndrome qui rend les enfants qui en sont atteints esclaves des stimuli qui les entourent. Tout se passe comme s'il n'y avait pas de barrière pour repousser toutes les informations qui entrent en dehors du champ de la conscience, ce qui rend très difficile la tâche de se centrer sur une source d'informations en particulier (attention sélective). C'est en quelque sorte une hyperexcitabilité sensorielle (Duclos, 2004 a). Pendant qu'ils sont dispersés comme des papillons qui virevoltent d'une fleur à l'autre, les enfants avec un TDAH ne prennent pas au passage tous les apprentissages qu'ils devraient acquérir pour grandir et se développer comme tous les autres enfants. Ainsi, sur le plan académique, ils peuvent

accumuler des retards alors que sur le plan social, ils ne développent pas nécessairement les habiletés nécessaires qui permettraient de maintenir de bonnes relations. «Bien sûr, les connaissances et le savoir non intégrés jusque-là ne pourront être rappelés par aucune médication...»²⁰.

Le rôle de la médication n'en est pas un de cure. Elle ne guérit pas le TDAH, mais rend l'enfant disponible à l'environnement qui l'entoure plutôt que d'être envahi par la tonne d'informations qui en provient. Il peut donc y faire ses apprentissages et se préparer graduellement à vivre sans médicament à l'aide de divers moyens qui lui permettront de pallier ses difficultés et de contourner ses déficits. Idéalement, c'est lorsque ces outils sont bien intégrés que le jeune pourra cesser la médication (Robitaille, 2003). Cela ne veut pas dire que la médication soit nécessaire dans tous les cas pour que le jeune puisse apprendre à gérer son TDAH. Tout dépend de l'intensité des symptômes.

Mais alors, puisque la médication ne guérit pas, qu'est-ce qu'il faut faire pour aider les jeunes avec un TDAH? L'approche qui se veut la plus complète actuellement est nommée l'intervention multimodale. Celle-ci implique un traitement combiné de médication et d'intervention psychosociale auprès de l'enfant et de son milieu (famille, école). Une vaste étude commanditée par le *National Institutes of Health* (NIH) en montre l'efficacité. Cette recherche, réalisée par le *MTA Cooperative Group*, avait pour but de comparer différents traitements auprès de 579 jeunes ayant un TDAH. Quatre

²⁰ Ryffel, (1998), opcit.

groupes ont été formés : un groupe témoin, recevant les services communautaires du milieu, un groupe traité avec la médication seule, un groupe avec des interventions psychosociales seules (rencontres avec les parents, mise en place de techniques d'éducation comportementale, travail avec l'enseignant, interventions auprès de l'enfant par le biais d'un camp d'été portant sur les habiletés sociales, le rendement scolaire etc.), et un groupe de traitement combiné, c'est-à-dire avec la médication et les interventions psychosociales (The MTA Cooperative Group, 1999).

Les résultats, après un traitement de 14 mois, montrent que les symptômes du TDAH ont davantage diminué dans les groupes avec médication seule et avec traitement combiné que pour les deux autres groupes (témoin et interventions psychosociales). Par ailleurs, le traitement combiné est celui où l'on retrouve les enfants qui ont connu la meilleure amélioration de leur fonctionnement global. On note également que ce dernier groupe a une dose moyenne de médication plus faible que le groupe avec la médication seule (The MTA Cooperative Group, 1999).

Le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des psychologues du Québec se sont concertés il y a quelques années afin de donner une ligne directrice quant à l'évaluation et au traitement du TDAH. On y suggère un traitement alliant différents types d'intervention qui est centré sur le fonctionnement général de l'enfant dans son quotidien, afin de traiter, non seulement le TDAH, mais aussi les difficultés qui en découlent ainsi que les troubles associés (Collège des médecins du Québec, Ordre des

psychologues du Québec, 2001). La position de la *National Attention Deficit Disorder Association* va dans le même sens, soutenant que le traitement des symptômes n'est pas suffisant et qu'il devrait plutôt tenir compte de l'ensemble des répercussions possibles du trouble²¹. De plus, pour qu'un plan d'intervention soit ajusté aux difficultés réelles de l'enfant, il doit être basé sur une compréhension complète de la situation, ce qui dépasse le TDAH seul (Silver, 2004).

Un traitement aussi complet que celui reçu par le groupe combiné de l'étude du NIH est difficilement réalisable avec les ressources habituellement disponibles dans les milieux, surtout dans le secteur des services publics (Taylor, 1999). On peut, par ailleurs, en ressortir des grandes lignes directrices d'intervention qui devraient orienter l'intervention multimodale. Le tableau 3 regroupe les diverses conditions d'intervention multimodale efficaces et leurs objectifs.

²¹ Tremblay, M.-C. (2000) «Déficit de l'attention et hyperactivité : la médication suffit-elle? (2^e partie)» (consulté en ligne le 04-05-2005) <http://www.servicevie.com/02Sante/Sante/enfants05062000/enfants05062000.ht>

Tableau 3

Conditions d'une intervention multimodale efficace et leurs objectifs
(Inspiré par Robitaille et Vézina, 2003)

Conditions d'intervention	Objectifs
Concertation entre toutes les personnes interagissant avec le jeune	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Établir un plan d'intervention le plus ajusté possible au jeune en tenant compte de la vision de chacune des personnes qui le côtoient. ➤ Éviter le dédoublement des interventions ➤ Faciliter la transmission des informations et la continuité des services
Suivi médical régulier	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Déterminer la dose de médication minimale pour qu'elle soit efficace ➤ Ajuster la dose du médicament s'il y a lieu
Soutien aux parents	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les informer sur la problématique ➤ Les outiller sur les méthodes d'intervention les plus appropriées ➤ Intégrer les parents dans l'aide apportée à leur enfant
Soutien à l'enseignant	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'informer sur la problématique ➤ L'aider à l'adaptation d'un système de gestion de classe approprié aux particularités du TDAH
Travail avec le jeune	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'informer sur sa problématique ➤ L'aider à découvrir des comportements alternatifs ➤ L'aider dans l'apprentissage d'habiletés sociales plus adaptées ➤ L'aider à se voir différemment

Nous avons pu voir concrètement, dans le tableau 3, les divers objectifs d'une intervention dite «multimodale». Il s'agit en fait d'une approche multidisciplinaire, puisqu'elle peut impliquer des médecins, psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés, etc. et écosystémique, en ce sens qu'elle s'intéresse à divers acteurs du système dont l'enfant, les parents et l'enseignant(e).

Nous aurons l'occasion de revenir un peu plus loin sur des moyens concrets pour intervenir avec un enfant ayant un TDAH, selon l'intervention multimodale présentée. Voyons tout d'abord, après avoir abordé les aspects inhérents au TDAH, quel est le profil d'un enfant présentant ce trouble et les répercussions qui peuvent apparaître sur sa vie et celle de ses proches.

1.6 Profil d'un enfant avec un TDAH

Afin d'illustrer ce que nous avons vu jusqu'à maintenant, retrouvons Mike, jeune garçon de neuf ans, qui vous a été présenté brièvement au début, ainsi que sa famille.

Mike a un TDAH diagnostiqué depuis l'automne 2004. Des éléments d'opposition sont également présents. La famille vient chercher des services à la clinique externe de pédopsychiatrie afin de trouver des solutions qui permettront d'améliorer leur situation.

Madame C., la mère de Mike, fréquentait le père de Mike depuis seulement trois mois lorsqu'une grossesse accidentelle survient alors qu'elle avait 17 ans. Elle a eu Mike, son premier enfant, à l'âge de 18 ans. Bien que ce fût une surprise, l'arrivée de Mike est accueillie avec plaisir par les jeunes parents, qui vivent alors avec peu de

moyens. Ce petit bonhomme se montre le bout du nez un peu trop tôt, puisqu'il naît plus tôt que prévu à 37 semaines et demie de grossesse.

Mike était un bébé facile. Il a commencé à parler autour d'un an, a marché à 18 mois et a été propre de nuit comme de jour vers deux ans. Il a commencé à fréquenter la garderie vers un an et cette transition n'a pas occasionné de problème. Madame C. considère qu'il a toujours été un enfant actif. Aucun problème n'est noté au plan de l'alimentation excepté le fait qu'il se montre parfois difficile face aux mets proposés.

Mike est natif d'une petite ville de la Côte-Nord. Vers l'âge d'un an, il déménage avec sa famille dans la grande ville, à Montréal. Son frère, Daniel, naît deux ans après lui. Les parents se séparent peu après la naissance de Daniel. Quand Mike était âgé de trois ans, la famille revient dans la région nord côtière. Les parents tentent de revenir ensemble dans un nouveau contexte, madame ayant fait l'achat d'une maisonnette dans un village en périphérie de la petite ville où est né Mike. Arrivés en juin 1998 dans leur nouvelle demeure, une autre séparation, finale cette fois-ci, a lieu en septembre 1998. À ce moment, le père de Mike et de Daniel repart pour Montréal et voit ses enfants périodiquement, principalement durant les vacances d'été.

Quelques semaines après la rupture des parents, monsieur R. et madame C. commencent à se fréquenter. Ils se mettent à vivre ensemble rapidement et ont un garçon, Dominic, qui est maintenant âgé de trois ans. Mike vit donc dans une famille recomposée avec ses deux frères plus jeunes (sept et trois ans).

Depuis maintenant trois ans, Mike n'avait plus de nouvelles de son père. Il n'a pas de numéro de téléphone. Selon la mère, la famille l'a vu une fois l'été dernier à Montréal, alors que la grand-mère paternelle de Mike les a conduit à son domicile. Cette rencontre aurait duré une quinzaine de minutes et, selon la mère, Mike n'a pas parlé à son père, celui-ci les auraient installés devant le jeu vidéo et aurait principalement discuté avec monsieur R. et madame C.. Ces derniers rapportent que cette rupture des contacts par le père a étonné les membres de la famille (élargie également) puisque le père de Mike s'occupait beaucoup de lui lorsqu'il était petit. Madame rapporte aussi qu'elle-même avait moins l'occasion de prendre soin de son premier enfant étant donné la grande implication du père.

Selon madame C. et monsieur R., les difficultés comportementales de Mike sont apparues suite à l'arrêt des contacts avec le père. Ils considèrent qu'il y a réagi principalement par de la frustration et de la déception. Il s'est mis à idéaliser son père, à vouloir devenir comme lui et à le défendre en lui trouvant des prétextes expliquant son comportement. Il s'inquiète également pour lui, argumentant que personne ne pourra lui venir en aide dans la grande ville s'il lui arrive quelque chose.

Quand madame C. décrit son enfance, elle dit qu'elle a été teintée de difficultés

relationnelles avec sa mère. Elle considère en avoir fait voir de toutes les couleurs à celle-ci et, en contrepartie, elle était soumise devant son père. Elle a décroché de l'école en 2^e secondaire et a par la suite tenté de terminer son niveau secondaire à l'école des adultes. Elle a arrêté en 5^e secondaire lorsqu'elle a eu une possibilité d'emploi en remplacement d'une dame en congé de maternité. Ce contrat est maintenant terminé, mais elle a conservé une journée par semaine dans cet emploi. Madame C. est fille unique. Malgré les difficultés passées, elle voit régulièrement sa mère. Elle se reconnaît elle-même dans les symptômes du TDAH. En effet, elle se dit dispersée, dérangée par les bruits ambiants et de nature impulsive.

Peu d'informations sont disponibles au sujet du père biologique. La grand-mère paternelle reste tout de même en contact avec madame C. et ses enfants.

Le conjoint de madame C. est très impliqué auprès de Mike et Daniel. Ce dernier l'appelle parfois papa, ce que Mike désapprouve en rappelant à Daniel que monsieur R. n'est pas son père. Monsieur R. est présentement en arrêt de travail en raison d'une blessure.

Au plan relationnel, Mike parle très peu. Il se confie rarement à sa mère. De fréquents conflits surviennent entre les frères, surtout avec Daniel. Mike va jusqu'à dire qu'il le déteste. Les parents ont de la difficulté à gérer ces conflits. Selon ce qu'ils rapportent, Mike semble avoir beaucoup de contrôle à la maison et décide beaucoup pour son frère. Par exemple, il lui dit de ne pas jouer avec tel ou tel ami ou dicte ce qu'il doit lui dire au téléphone. Mike est perçu par les parents comme un mauvais exemple pour ses deux frères, qu'il entraînerait dans son sillon.

Au niveau de l'encadrement, peu de règles claires sont établies à la maison et les routines semblent désorganisées. Les parents se disent à bout de souffle et se disent constamment en train de tenter de gérer des crises, parfois sur un versant punitif, d'autres fois en laissant aller afin «d'acheter la paix».

Au plan scolaire, Mike est en quatrième année et son enseignante ne note aucune difficulté réelle dans les capacités apprentissages de celui-ci. Par ailleurs, des difficultés d'attention sont notées depuis le début de sa scolarisation. Pour sa part, Mike se dit parfois dans la lune. Il a aussi de la difficulté à débiter et à terminer ses travaux. La période de devoirs et leçons est problématique à la maison.

Par contre, au plan social, l'enseignante rapporte que Mike n'a pas vraiment de copain à l'école. Il préfère travailler seul et est régulièrement seul à la récréation. Il est peu expressif et a un intérêt particulier pour la violence (dessins macabres, histoires d'horreur), ce que la mère confirme. La mère se rend compte que Mike a peu d'amis. Il cherche à contrôler les jeux lorsqu'il est avec d'autres enfants. Lorsque survient un conflit, il ne le règle pas et laisse tomber. À l'école, il a tendance à traiter les autres de

noms.

Mike a aussi des activités de loisirs. À l'automne, il faisait de la boxe. Depuis peu, il a recommencé des cours de karaté, sport qu'il apprécie beaucoup. Il fait également de la natation avec sa famille.

1.7 Répercussions possibles du TDAH

Le profil présenté par Mike et sa famille, bien que présentant des éléments uniques qui lui sont propres, rejoint plusieurs des problèmes vécus par un nombre important de jeunes aux prises avec un TDAH. Ainsi, l'ensemble des sphères de la vie de l'enfant et de la famille peut être teinté par des conséquences directes ou indirectes de ce trouble. Voyons quelques répercussions possibles sur la vie familiale, scolaire, sociale et personnelle de l'enfant.

1.7.1 Vie familiale

«18h, on sort de table. C'est déjà l'heure du bain pour le plus petit et celui des devoirs et leçons pour les deux autres. Ça y est, il a encore oublié son livre pour le travail de mathématique... Les assiettes sont à peine ramassées que la chicane est déjà prise pour savoir lequel aura le droit d'utiliser le crayon qu'ils préfèrent tous deux. Bien qu'ils veuillent se débarrasser de cette tâche au plus vite, c'est drôle comme ce moment me semble interminable à force de rappels à l'ordre. Comme si ce n'était pas assez, il

faut aussi que j'argumente avec mon conjoint, qui a permis au plus petit d'écouter la télévision, ce qui dérangera assurément le travail des... où sont-ils partis encore?»

Cette tranche de vie tout à fait commune chez un enfant ayant un TDAH permet de voir comment toute la vie familiale peut être touchée. Les oublis fréquents deviennent source de reproches, la difficulté d'organisation et de rester à la tâche ne manque pas de transformer la période de devoirs en cauchemar, et que dire de l'agitation qui règne!

La vie de couple des parents, qui sont tous deux épuisés et font face à une quantité de stress non négligeable, peut être menacée. D'autant plus qu'il y a de grandes chances que l'un des deux parents présente également un TDAH, ce qui complique les choses. Les conflits fréquents et les moments de plaisir qui peuvent devenir une denrée rare en raison de la fatigue apparente des parents font que la tension augmente dans la famille. Il peut aussi y avoir des conflits dans la fratrie. De plus, les parents peuvent en venir à se questionner sur leur compétence parentale. «Est-ce de ma faute s'il est comme ça?», «Que vont-ils dire de moi si mon enfant court partout au restaurant?» : autant de questions qui montrent la culpabilité que peuvent ressentir ces parents. Certaines familles en viennent même à éviter les sorties afin d'éviter les situations embarrassantes qui arriveraient sans aucun doute... De plus, la relation avec l'enfant peut être mal en point (Lavigueur, 2002). Des difficultés éducatives sont souvent notées, car les enfants avec un TDAH, de par leur manque de structure interne, nécessitent plus d'encadrement que la moyenne des enfants.

Dans le cas de Mike, le climat familial est fortement atteint. Les parents sont à bout de souffle et ne savent plus comment s'y prendre pour gérer tous les conflits et escalades qui surviennent. Les frères se chamaillent et il y a parfois de telles montées d'agressivité que les chambres sont complètement «virées à l'envers». De plus, les parents ne s'entendent pas toujours sur l'éducation des enfants, ce qui occasionne des tensions dans le couple. Il leur arrive aussi d'avoir une bien mauvaise opinion de Mike, qu'ils perçoivent trop souvent comme le méchant qui entraîne les autres... Heureusement, il subsiste des moments de plaisir, comme les soirées cinéma ou les sorties à la piscine, où tout le monde peut lâcher son fou!

1.7.2 Vie scolaire

«À l'école, je m'efforce d'écouter ce que mon enseignante explique, mais j'en manque parfois des bouts. Je n'ose pas toujours lever ma main pour demander, car ça m'arrive si souvent...»

Si certains enfants avec un TDAH réussissent à l'école une bonne partie du primaire sans trop être pénalisés par leur inattention, ils seront confrontés tôt ou tard par des difficultés inhérentes à leur trouble. Leur performance académique est en deçà de leurs capacités réelles. Ces sous performances sont considérées comme étant la résultante de leur inattention, de leur impulsivité et de leur comportement perturbateur en classe (qui les mènent fréquemment à des suspensions ou des expulsions). Il en

résulte qu'environ 56% auront besoin d'un support particulier au cours de leur scolarisation et que 30% doubleront une année scolaire. Des conflits avec l'enseignant(e) peuvent aussi survenir et entraîner des tensions avec les parents, qui recevront plusieurs plaintes (Barkley, 1998). L'enseignant(e), qui doit régulièrement avertir le jeune qui a un comportement dérangeant, doit lui accorder beaucoup d'attention, ce qui peut rendre impatient et mener à une relation plutôt conflictuelle avec le jeune. De plus, l'attention donnée aux comportements négatifs peut avoir comme effet de renforcer ceux-ci (Vitaro et Gagnon, 2000).

Heureusement pour Mike, il a une bonne relation avec Hélène, son enseignante, avec qui il a développé une certaine complicité. Tel n'est pas le cas avec d'autres enseignants, avec qui il a parfois des accrochages en raison de son comportement ou de son langage au moment des récréations. Mike ne juge pas qu'ils aient un droit de le réprimander, ce qui provoque certaines réactions de sa part lorsque cela arrive, lui valant des fiches. Son impulsivité mêlée à sa difficulté face à l'autorité ne font pas bon ménage...

1.7.3 Vie sociale

«Quand je me chicane avec un ami, c'est pas grave, il y en a d'autres»
(témoignage de Mike).

Il est très fréquent que les enfants avec un TDAH aient des difficultés à se faire des amis ou à les garder. En fait, plus de la moitié des enfants présentant ce trouble vivront du rejet social en raison de leur manque d'habiletés sociales. Même lorsqu'ils font preuve d'un comportement approprié, c'est à un degré d'intensité tel qu'il provoque tout de même le rejet des pairs, ce qui rend difficile la compréhension de ce qui est adapté comme comportement (Barkley, 1998). Comme ce sont des enfants impulsifs, leur comportement est difficilement prévisible et peut mener à la désorganisation du jeu, ce qui peut causer des conflits avec d'autres membres du groupe et ainsi les amener à être rejetés de l'activité (Vitaro et Gagnon, 2000). Pour les jeunes qui sont de type inattention prédominante, on note moins de rejets directs, mais ils sont plus retirés socialement. Leur tendance à être distrait fait qu'ils sont perçus comme amorphes ou paresseux, ce qui pourrait expliquer leur impopularité (Massé, 1999).

Mike reconnaît qu'il n'a pas vraiment d'amis. Sa mère rapporte qu'il lui arrive souvent de jouer avec les copains de son frère. Même son enseignante affirme qu'il se tient peu avec les membres de sa classe et qu'il a plutôt tendance à rester seul.

1.7.4 Vie personnelle de l'enfant

«Il n'est pas rare de voir de l'opposition se développer en parallèle avec un TDAH, puisque les jeunes ont souvent beaucoup de difficultés à reconnaître leurs erreurs, qu'ils respectent peu les règles ou qu'ils ne les intègrent pas. Dans bien des cas,

ils n'ont tout simplement pas appris ces règles et sont donc incapables de les suivre» (Robitaille et Vézina, 2003, p.75). En fait, on retrouverait environ 1/3 des enfants ayant un TDAH qui présente un trouble oppositionnel associé, selon les résultats d'une étude récente (Dubois, 2005).

Dans le cas de Mike, on retrouve cette relation difficile avec l'autorité, qui se reflète, entre autres, dans son attitude face aux enseignants lors des récréations.

Mike a le plus souvent un air triste. Il sourit peu. Il répond le plus souvent par un haussement d'épaules. Il est attiré par ce qui est agressif et aime les films d'horreur. Il raconte des cauchemars abominables sans broncher et dessine des têtes de morts et des zombis en disant que ça lui fait du bien. De plus, «il a la mèche courte», c'est-à-dire que, quand il se met en colère, ce n'est pas très long que la soupape déborde : deux minutes selon lui...

Les jeunes vivant avec un TDAH sont sans cesse confrontés à des échecs (école, amis, etc.), ce qui peut devenir frustrant à la longue. Parfois, à un très jeune âge, ils ont déjà accumulé une longue liste de frustrations, de déceptions et d'échecs. Ils en viennent souvent à avoir beaucoup de difficultés à gérer cette quantité d'émotions négatives qui s'empile. Peuvent alors apparaître des crises de colère où le jeune perd totalement le contrôle. Si ce n'est par des débordements d'agressivité, l'enfant peut aussi réagir en retournant ces émotions contre lui-même. Alors apparaîtront des éléments dépressifs qui

peuvent s'aggraver. De l'anxiété peut aussi être vécue par ces jeunes, surtout lorsqu'ils arrivent à redouter les situations où ils savent très bien qu'ils éprouveront des difficultés dues à leurs déficits (Robitaille et Vézina, 2003).

«Je suis sûre que je vais avoir des rouges partout», déclara Camille lorsqu'un tableau des défis fonctionnant avec des feux de circulations lui fut présenté. Amélie, quant à elle, cherche sans cesse à plaire à sa mère, ne se sentant pas à la hauteur de ses attentes. Mike, pour sa part, répète qu'il n'est pas bon et qu'il s'en fout.

Ce ne sont là que quelques exemples parmi tant d'autres de l'opinion d'eux-mêmes que peuvent avoir les enfants atteints d'un TDAH. Ils deviennent si «habitués» de vivre l'échec, ou de se retrouver confrontés devant un message leur renvoyant qu'ils n'agissent pas correctement qu'ils en développent l'idée qu'ils sont incapables de faire ce que les autres réussissent. Ils finissent par abandonner avant le commencement, ne se considérant pas à la hauteur de la tâche. C'est dans ces cas-là que l'on voit que l'estime de soi est atteinte (Robitaille et Vézina, 2003). Les répercussions négatives indirectes que peut amener le TDAH sur l'estime de soi et la perception qu'ont ces enfants d'eux-mêmes sont probablement les conséquences les plus néfastes à long terme pour ces jeunes (Duclos, 2004 a). Ils ont trop souvent à vivre avec un sentiment d'infériorité et en sous-évaluant leurs capacités, potentialités et qualités, ils ne peuvent pas révéler le meilleur d'eux-mêmes. Regardons un peu plus en détail l'estime de soi, sa définition, comment elle se développe et comment le TDAH peut l'affecter à ce point.

2. L'estime de soi

Il y a plusieurs sortes de «je t'aime» : ceux que nous aimerions entendre des autres et ceux qui viendraient de nous, de notre amour. Quels sont les plus rares à votre avis? (Jacques Salomé, Contes à aimer, contes à s'aimer, 2000)

2.1 Définition

Puisqu'il s'agit d'un concept abstrait, qui ne peut pas être expliqué en termes purement descriptifs, différentes définitions du concept d'estime de soi existent. Nous en verrons quelques-unes afin d'en venir à une définition globale.

Le petit Larousse (2002) définit l'estime comme une «appréciation, opinion favorable qu'on porte sur quelqu'un ou quelque chose». Serait-ce à dire que l'estime de soi reviendrait à l'appréciation ou à l'opinion favorable qu'on porte sur soi? Cela semble un peu simpliste.

L'estime de soi est l'«expression d'une approbation ou d'une désapprobation portée sur soi-même. Elle indique dans quelle mesure un individu se croit capable, valable, important. C'est une expérience subjective, qui se traduit aussi bien verbalement que par des comportements.» (Coopersmith, 1981, p. 6). Ceci revient donc à dire qu'il s'agit d'un jugement de valeur que l'on porte sur soi-même. Par ailleurs, une personne peut se croire compétente dans différents domaines où il l'est plus ou moins en réalité,

ou encore se donner plus d'importance qu'il n'en a. Il est très important de distinguer l'estime de soi du fait d'être vantard, de se penser bon ou d'avoir la «tête enflée», selon l'expression, qui renvoie plus au concept de narcissisme. Poursuivons l'exploration des définitions.

Voici maintenant une définition de ce que serait une bonne estime de soi selon Laporte et Sévigny (2002) : «Avoir conscience de ses forces et de ses faiblesses, et s'accepter soi-même dans ce qu'on a de plus personnel. Cela signifie prendre ses responsabilités, s'affirmer, savoir répondre à ses besoins, avoir des buts et faire ce qu'il faut pour les atteindre» (p. 10). Voici qui répond à la critique faite à la définition précédente, concernant le fait qu'un jugement de valeur peut ne pas être très réaliste et refléter les réelles capacités de la personne. La notion d'acceptation de ce qu'on est paraît également centrale ici.

On peut aussi concevoir l'estime de soi comme une idée que l'on a de nous-même qui se construit à travers nos diverses expériences de vie. Cette idée peut être différente dans chacun des domaines de notre vie (travail, famille, intégration sociale, etc.) et se moduler tout au long de l'existence (Duclos et Laporte, 1995). Voici qu'une nuance apparaît : on peut s'évaluer différemment dans différentes sphères de la vie. De plus, l'idée que l'estime de soi peut se modifier au cours de la vie est encourageante...

«L'estime de soi est la *conscience de la valeur personnelle* (en italiques dans le texte) qu'on se reconnaît dans différents domaines. Il s'agit, en quelque sorte, d'un ensemble d'attitudes et de croyances qui nous permettent de faire face à la réalité, au monde» (Duclos, 2000, p. 16). Voilà une définition qui mérite d'être explorée plus en détails.

Le concept de valeur personnelle revenait également dans les autres définitions. Il est clair que chacun porte en soi des capacités, des qualités et des forces qui confèrent une certaine valeur à la personne. L'important ici, c'est d'arriver à prendre conscience de ces aspects positifs qui nous appartiennent, de manière à avoir une image réaliste de nos capacités. Qui dit image réaliste dit aussi reconnaissance de ses faiblesses et de ses limites (Duclos, 2000).

Ce qui est d'autant plus important, c'est que la valeur que l'on s'attribue soit en lien avec ce qu'on est fondamentalement plutôt qu'en lien avec ce qu'on réalise (performance) grâce à ce que l'on est. En se bâtissant à partir de nos performances, l'évaluation ou le regard d'autrui devient central pour «approuver» la réussite, ce qui devient une source extérieure de valorisation, donc automatiquement en dehors de notre pouvoir (Duclos, 2000).

Comme les compétences nécessaires peuvent varier selon les domaines où l'on se retrouve, l'estime de soi peut varier. Par exemple, je peux me trouver bonne dans les

sports car j'ai une bonne coordination et une bonne capacité cardio-vasculaire, mais être moins certaine de mes capacités académiques étant donné ma tendance à être dans la lune. Par ailleurs, bien que l'estime puisse différer selon les domaines, les «compartiments» ne sont pas nécessairement étanches, ce qui fait qu'il peut y avoir des «inter influences» entre les secteurs (Rigon, 1999).

L'idéal serait donc que nous soyons conscients de nos potentialités et de nos limites dans chacun de nos domaines d'activités de manière à pouvoir nous attaquer à des situations à notre mesure avec confiance. Le résultat donné, s'il est positif, nous fera vivre des réussites à nos yeux et à travers les yeux d'autrui, ce qui rehausse notre estime. Par ailleurs, la confiance que l'on a en nos propres capacités doit être suffisamment forte pour qu'un échec ne soit pas synonyme d'une négation de notre valeur personnelle, mais plutôt un nouvel élan pour se dépasser et trouver de nouvelles alternatives.

2.2 Développement de l'estime de soi

L'estime de soi est en perpétuelle mouvance. Elle commence à se construire au début de la vie et peut se modifier tout au long de l'existence, selon les expériences de vie (Duclos et Laporte, 1995). La base de la construction de l'estime de soi se trouve dans la relation d'attachement aux personnes significatives qui en prennent soin (Duclos, 2000). Une relation d'attachement que l'on dit «sécure» se construit si le parent est toujours disponible «émotionnellement», sensible aux signaux de l'enfant en y

répondant et en étant consistant dans l'encadrement, ce qui fait que l'enfant peut développer une sécurité de base. Il peut ainsi acquérir un modèle interne de l'attachement qui se manifeste concrètement par une capacité à aller explorer le monde extérieur (Jeliu et Gauthier, 2004). Ainsi, un parent qui sécurise un enfant, par sa manière d'être, lui donne le plaisir d'aller voir ailleurs, d'aller «explorer le monde mental de l'autre». C'est ainsi qu'un être humain a besoin d'un autre être humain pour devenir soi-même, à travers une sécurité (Cyrulnik, 2004).

Le bébé qui voit ses besoins comblés se sent important, donc, ayant une valeur (Duclos, 2000). C'est ainsi qu'à la naissance, le bébé s'aperçoit vite s'il est le bienvenu au sein de sa famille. Toutes les petites marques d'attention comme les caresses, les câlins, la voix qui cajole, le réconfort lors des pleurs et les soins donnés en réponse aux besoins manifestés sont autant d'indices qui permettent à l'enfant de sentir qu'il est le bienvenu, mais, à l'inverse, leur absence peut provoquer un sentiment de rejet (Steinem, 1992).

La «phase du non», qui arrive lorsque l'enfant a environ deux ans, montre qu'il cherche à s'affirmer. Jusque là, les autres ont toujours fait à sa place. Il veut maintenant faire ses choix afin de se sentir capable, de développer sa confiance en ses propres capacités (Duclos, 2000). Cette confiance est tournée vers l'extérieur en ce sens qu'elle se développe à travers les découvertes et les réussites, quand les expériences de l'enfant lui montrent qu'il est capable de faire comme les autres et de répondre aux attentes de

ses parents. Les capacités nouvelles mènent à des satisfactions qui elles-mêmes poussent à une curiosité grandissante pour l'environnement plus large (Steinem, 1992).

Un peu plus tard, l'enfant tente de s'approprier son identité de garçon ou de fille, puis, vers six ans, lorsque l'enfant commence ses apprentissages scolaires et développe ses capacités et ses intérêts, il cherche à développer son sentiment de compétence (Duclos, 2000). Il est essentiel que les centres d'intérêts personnels de l'enfant soient valorisés et qu'ils ne soient pas imposés par les parents ou par la pression du groupe puisque l'enfant risque alors de développer le sentiment qu'il y a quelque chose d'inapproprié dans ses intérêts ou capacités particulières et de les mettre de côté en se construisant un faux moi pour répondre aux attentes et ainsi appartenir au groupe (Steinem, 1992).

Au départ, c'est ce qui est à l'extérieur de l'enfant qui bâtit son estime de lui-même, c'est-à-dire qu'il la construit tout d'abord à travers les yeux des autres. C'est donc par le feed-back qui lui est renvoyé par les personnes significatives de sa vie qu'il conçoit sa valeur (Duclos, 2000). L'amour inconditionnel que portent les parents à leur enfant est, à ce moment, en lien direct avec l'estime de soi de l'enfant (Lavigueur, 2002). Le parent qui aime son enfant peut voir toutes les potentialités qu'il recèle et c'est ce qui permet, à la base, à l'enfant de les réaliser (Maslow, 1972). C'est cet amour inconditionnel qui mène à la «conviction d'être aimé et aimable, apprécié et appréciable *tel que nous sommes* (en italique dans le texte), indépendamment de ce que nous

faisons» (Steinem, 1992, p. 67), conviction qui est à l'origine de l'estime de soi. La précision d'aimer l'enfant «tel qu'il est» est fondamentale car l'image qui lui est alors renvoyée est réaliste. L'estime de soi est donc une notion interactive, en ce sens qu'elle se construit en fonction des rapports de l'enfant avec le monde qui l'entoure. L'estime de soi qu'on dit de base est un sentiment diffus et global, qui se bâtit à partir du sentiment profond, renvoyé par la figure d'attachement, d'être unique et d'avoir une valeur fondamentale (Rigon, 1999). Par la suite, l'estime de soi secondaire est plus en lien avec les expériences de l'enfant dans divers domaines (suis-je un bon étudiant, un bon ami, un bon fils, etc.), d'où la possibilité de variation de l'estime selon les sphères de la vie (Rigon, 1999).

Tout comme les règles, qui s'intériorisent lorsque l'enfant développe peu à peu son langage interne, l'estime de soi aussi finit par être régie de l'intérieur. Cela se produit lorsque la petite voix interne s'installe et permet à l'enfant de s'auto évaluer. Nous avons vu précédemment que le langage interne commence entre cinq et sept ans. Ces âges deviennent donc importants sur le plan de l'estime de soi. Avant ce moment, on ne peut pas parler d'estime de soi telle que définie plus haut puisque l'enfant n'a pas encore acquis les capacités suffisantes au plan cognitif pour se regarder aller, ni le langage intérieur pour se dire le jugement qu'il porte sur lui-même (Duclos, 2000).

Selon Laviguer (2002), trois changements importants surviennent à cet âge. En effet, le cercle des personnes faisant partie de l'entourage de l'enfant s'est élargi, ce qui

fait que maintenant, il n'y a plus que le regard de ses parents qui joue sur l'estime de soi, mais aussi celui, par exemple, de ses pairs et de ses enseignants. De plus, c'est autour de cet âge que la vision de l'enfant, auparavant égocentrique, s'élargit. Il ne voit plus que lui, mais aussi ce que ses camarades sont capables de faire, ce qui lui donne maintenant un point de comparaison pour juger de sa compétence. Finalement, comme mentionné ci-dessus, l'enfant est maintenant en mesure de s'auto évaluer puisqu'il a accès au langage intérieur. Cette nouvelle habileté fait en sorte que l'estime de soi n'est plus basée seulement sur l'image qui lui est renvoyée par ses figures significatives, mais aussi sur son propre jugement. C'est ainsi que l'estime de soi prend aussi sa source à l'intérieur de l'enfant et non seulement à l'extérieur.

Au départ, le jugement sur soi dont est capable l'enfant est, en quelque sorte, «brut», c'est-à-dire qu'il n'est pas raffiné par des nuances. Il peut donc être extrémiste dans ses opinions. Ainsi, le contrôle interne de l'estime de soi de l'enfant, effectué par l'auto évaluation, aura besoin d'être soutenu et nuancé avec l'aide des parents, dont les opinions ont encore une forte influence sur la valeur que s'accorde l'enfant (Lavigueur, 2002). Nous reviendrons à cet aspect un peu plus tard. Il ne faut pas oublier que le langage intérieur arrive à maturité vers 12 ans, et même plus tard s'il y a un TDAH.

Vers l'âge de sept ou huit ans s'opère également chez l'enfant un changement de perspective. Ainsi, d'une vision restreinte au moment présent de son expérience, il arrive maintenant à se sortir de l'instant présent à l'aide de nouveaux processus cognitifs

apparaissant avec la pensée logique, ce qui lui permet un retour sur les actions passées. Les expériences vécues plus jeune peuvent alors être revisitées et participer à l'estime de soi que le jeune se construit à l'aide de son discours interne. Il s'évalue maintenant dans divers domaines (habituellement dans ceux jugés importants par les personnes significatives qui l'entourent) avec ses critères ou ceux qui lui viennent de son entourage (Duclos, 2000).

L'estime se construit donc premièrement de l'extérieur pour s'intérioriser vers sept ou huit ans. Elle s'appuie d'abord sur ses relations significatives, qui lui permettent de développer sa confiance, ingrédient préalable à l'estime de soi. Le sentiment de compétence, que nous avons effleuré, en est également une composante importante, de même que la connaissance de soi et le sentiment d'appartenir à un groupe. Voyons de manière plus détaillée ces composantes.

2.3 Composantes à la base de l'estime de soi

2.3.1 Sentiment de confiance

Le sentiment de confiance, comme la majorité des apprentissages, passe d'abord par des bases extérieures à l'enfant. Sa sécurité de base, ancrée dans des relations d'attachement, se développe quand l'enfant voit que ses besoins trouvent réponses à travers les réactions de ses parents. Cette sécurité trouve également sa source

dans une certaine stabilité. Ainsi, les routines permettent à l'enfant d'avoir des points de repère qui font du monde qui l'entoure un environnement compréhensible et prévisible. Les lieux qu'il habite ainsi que les adultes qui en prennent soin sont lentement intégrés et deviennent des points de sécurité qui formeront le noyau de base de son sentiment de sécurité interne (Duclos, 2000).

La stabilité se retrouve également dans les attitudes éducatives des parents. Ainsi, un milieu trop sévère et rigide, où l'enfant n'a aucune liberté, risque d'apporter de l'insécurité et de la soumission chez l'enfant, qui n'osera pas prendre d'initiative, de peur de la réaction qui pourrait s'en suivre. À l'autre extrême, un style éducatif trop permissif crée également de l'insécurité puisque l'enfant ne sait pas où sont les limites de sa liberté. La meilleure stratégie éducative est de fournir à l'enfant des règles claires et stables (Duclos, 2000). Ainsi, un régime répressif entraîne de la soumission et de l'insécurité. À l'autre bout, un régime permissif mène aussi à l'insécurité. En effet, être tout puissant peut être très insécurisant car, enfant, on ne peut pas juger de la limite acceptable à ne pas dépasser. Cette attitude peut aussi envoyer comme message à l'enfant qu'on ne se préoccupe pas de lui... La position à adopter est donc mitoyenne, constituée d'une structure sécurisante qui définit les limites de la liberté de l'enfant.

Pour être sécurisé, un enfant a donc besoin d'un ensemble de règles. Ces règles, pour atteindre leur objectif, doivent idéalement avoir les caractéristiques suivantes : être claires, concrètes, constantes, cohérentes et conséquentes. La clarté de la règle fait

référence à la facilité de compréhension de celle-ci et de la raison de son instauration en terme de valeur sous-jacente. Elle se veut concrète, c'est-à-dire en mots simples qui indiquent ce qu'on s'attend de l'enfant. La constance de la règle est probablement l'élément le plus important. La règle doit toujours être appliquée de la même manière et, surtout, ne doit pas varier selon les humeurs. La cohérence indique l'importance de montrer l'exemple. Ainsi, on ne peut pas attendre d'un enfant qu'il suive une règle que son parent ne respecte pas. Finalement, le terme «conséquence» fait référence à la conséquence logique qui doit s'ensuivre si la règle n'est pas respectée. Il est important que celle-ci soit le plus possible en lien avec le principe qui sous-tend la règle (Duclos et Laporte, 1995).

La sécurité passe aussi par la stabilité de l'adulte. L'enfant doit pouvoir compter sur lui. Il s'agit donc d'un adulte qui tient ses promesses, qui est le plus possible d'humeur égale (ou qui ne laisse pas ses humeurs régir ses décisions) et qui se fait confiance dans les décisions éducatives qu'il prend pour son enfant. En effet, un adulte qui maintient sa décision, lorsqu'il la juge adéquate et qu'il en est certain, renvoie à son enfant une image de confiance sécurisante (Laporte et Sévigny, 2002).

Ainsi, le sentiment de sécurité conféré à l'enfant par les réponses à ses besoins, une routine stable et un ensemble de règles, doublé d'une relation d'attachement avec un adulte sur qui il peut se fier, permettent à l'enfant d'«intérieuriser le sentiment de confiance qui, seul, peut lui inspirer de l'espoir en l'avenir» (Duclos, 2000, p. 49). Il

s'agit donc de la base sur laquelle peut s'appuyer l'estime de soi, qui sera, par la suite, nourrie par les expériences de vie.

De la sécurité à la confiance, l'enfant peut partir à la découverte de ses capacités et faire ses apprentissages. Pour ce faire, il a aussi besoin que les personnes significatives qui l'entourent aient confiance en ses habiletés et l'encouragent à faire ses expériences en le soutenant sans le surprotéger (Duclos, 2000). En effet, l'attitude de surprotection, qui amène le parent à faire à la place de l'enfant, envoie bien souvent le message contraire à l'enfant, qui en comprend que son parent le croit incapable de réaliser la tâche puisqu'il le fait pour lui. En plus de le garder dans une position de tout-petit, la surprotection empêche l'enfant de développer ses capacités propres. De plus, «cela entraîne un manque de confiance et de respect dans ses choix propres, c'est-à-dire que c'est à la fois humiliant et insultant, et cela peut provoquer chez l'enfant le sentiment d'un manque de valeur personnelle» (Maslow, 1972, p. 229).

Pour avoir confiance dans les capacités d'un enfant, il faut tout d'abord les connaître. De la même manière, pour construire son estime de soi, l'enfant doit lui aussi connaître ses forces, mais aussi ses faiblesses, ce qui nous amène au point suivant.

2.3.2 Connaissance de soi

En observant des bébés dans une pouponnière, on peut déjà se rendre compte des différences qu'il y a entre les tempéraments de chacun. L'un crie à s'époumoner lorsqu'il a faim alors que l'autre le montre plutôt en gigotant. L'un sera grincheux alors que l'autre sera rieur. Le bébé lui-même n'est pas conscient de ces différences à ce stade. Il vit plutôt dans le prolongement de la personne qui répond à ses besoins. De là, il commencera graduellement à concevoir qu'il est un individu à part entière et il cherchera à prendre de l'autonomie. Nous avons vu que, vers deux ans, l'enfant cherche à faire ses propres choix. Avant d'en être là, il doit passer par un stade de «séparation-individuation», où il apprend à s'éloigner de sa base de sécurité (personnes significatives) de manière à prendre de l'autonomie et à se découvrir en tant que personne.

Au fur et à mesure de ses explorations et à travers l'image que son entourage lui renvoie de lui, l'enfant peut petit à petit se faire une représentation de lui-même concernant son physique, ses capacités intellectuelles, physiques et sociales. C'est à partir de là que se construit son identité qui lui permettra de se définir en tant que personne unique, différente des autres (Duclos, 2000).

Comme l'enfant apprend à se connaître à partir du regard d'autrui, il est sensible aux réactions de ses parents face à ses accomplissements. Il importe donc que les

attentes de ceux-ci soient ajustées aux capacités réelles de l'enfant, puisque l'enfant ressent les attentes des personnes qui lui sont chères et cherche à les satisfaire. Si elles sont trop élevées pour lui, il risque de ne pas se sentir à la hauteur, ce qui a un impact non négligeable sur l'estime de soi (Laporte et Sévigny, 2002). Déjà tout-petit, l'enfant a une idée des attentes le concernant et, en fonction de cette idée, il se sentira adéquat ou non dans l'environnement où il vit (Rigon, 1999).

Bien sûr, «les parents doivent avoir des rêves pour leurs enfants. Ceux-ci ont alors le sentiment qu'on croit en eux et cela les mène à vouloir se dépasser. Toutefois, ces rêves doivent passer le test de la réalité» (Laporte et Sévigny, 2002, p. 16). Ainsi, les parents doivent être capables de faire la différence entre l'enfant qu'ils s'étaient imaginés et l'enfant réel qui est en face d'eux et d'ajuster leurs attentes en conséquence (Duclos, 2000). Évidemment, pour apprendre à connaître cet enfant bien réel, il faudra passer du temps avec lui, car c'est à travers les activités faites avec lui que le parent pourra voir ce dont il est capable, ses diverses réactions et les zones de difficultés qu'il peut rencontrer. C'est ainsi que le parent pourra renvoyer une image plus juste à son enfant.

2.3.3 Sentiment d'appartenance

Comme nous l'avons vu dans la définition de l'estime de soi, celle-ci peut se différencier selon plusieurs domaines. Le domaine social en est un. C'est à travers la

socialisation que l'enfant apprend à faire partie d'un groupe pour arriver à un sentiment d'appartenance. C'est ce sentiment d'appartenance qui influence l'estime de soi sociale. Il apparaît lorsque l'enfant s'évalue comme étant important au sein d'un groupe donné et sent qu'il y a une place (Duclos, 2000).

Au cours de la petite enfance, le groupe principal de l'enfant est sa famille immédiate. C'est là qu'il apprend les premiers rudiments de la vie en société par le biais des règles à la maison, des relations significatives qui sont établies entre les membres de la famille et de l'apprentissage de la gestion des conflits qui peuvent y survenir. Il y apprend graduellement aussi à tenir compte des besoins et différences des autres, à prendre ses responsabilités et à partager (Laporte et Sévigny, 2002).

L'enfant, s'il se sent suffisamment investi par sa famille et qu'il y trouve une place ajustée à ses besoins, s'y sentira intégré, ce qui lui donnera la sécurité et la confiance nécessaires pour élargir ses horizons et se diriger vers l'intégration à d'autres groupes. C'est ensuite dans ses expériences extérieures au milieu familial qu'il développera d'autres liens significatifs qui lui permettront de se sentir apprécié et fier de ce qu'il peut apporter aux autres, ce qui renforcera son estime de soi (Laporte et Sévigny, 1998).

2.3.4 Sentiment de compétence

Le sentiment de compétence est directement en lien avec les réussites de l'enfant. En effet, en atteignant un nouvel objectif ou en réalisant un nouvel apprentissage, l'enfant fait un pas en avant en ajoutant dans son bagage de vie une nouvelle connaissance ou une nouvelle habileté. C'est de cette somme de petits et grands succès que l'enfant retire un sentiment de fierté qui vient nourrir son estime de soi et le motiver à travailler vers les prochains objectifs qui lui feront vivre d'autres expériences gratifiantes (Duclos, 2000). Il est également encouragé par les valorisations de ses parents. Ainsi, les paroles, mais aussi toutes les attitudes et comportements non verbaux, viendront soit renforcer, soit modifier l'idée que se fait l'enfant de lui-même (Rigon, 1999).

Évidemment, pour que l'enfant vive des réussites lui permettant de se sentir compétent, les tâches demandées devront être à sa mesure et atteignables (Duclos, 2000). En effet, un objectif dépassant les capacités de l'enfant risque de lui faire vivre un échec. De plus, un défi trop grand dont lequel l'enfant ne voit pas la fin risque de lui faire perdre sa motivation.

Personne ne peut protéger les enfants de faire face à un échec un jour ou l'autre. Ce ne serait pas leur rendre service puisque l'échec peut aussi être un levier de changement afin de trouver de nouvelles méthodes ou stratégies pour éviter que l'erreur

ne se répète. Ce qui est important de retenir, c'est que plus un enfant vit des échecs dans une sphère de sa vie, plus il aura besoin de vivre des réussites, peu importe leur ampleur, dans d'autres domaines afin, d'une certaine manière, de compenser pour ses difficultés (Laporte et Sévigny, 2002).

2.4 Autres considérations sur le développement de l'estime de soi

On ne peut pas parler de l'estime de soi d'un enfant sans aborder celui de son parent. Dans son essai sur l'estime de soi, *Une révolution intérieure*, Gloria Steinem (1992) le dit très bien : «nous devons nous traiter aussi bien que nous voulons traiter nos enfants. Mais si vous avez en vous un enfant blessé, resté méconnu, cet *aussi bien que* peut dangereusement se transformer en *aussi mal que*» (p. 71). C'est ainsi que les blessures d'estime des parents peuvent se transmettre à leurs enfants, à leur insu. Cet auteur nomme trois pièges à éviter pour un parent ayant vécu des blessures qui pourrait, sans le vouloir ou le savoir, tenter de les «réparer» à travers son enfant.

1. «Donner à ses enfants ce que nous aurions voulu et que nous n'avons pas eu
2. Vouloir vivre à travers nos enfants la vie que nous n'avons pas réussi à vivre
3. Justifier et normaliser notre propre enfance en faisant à nos enfants ce que l'on nous a fait» (Steinem, 1992, p. 71).

Le premier piège fait que l'enfant n'est pas reconnu pour ses propres besoins et désirs et reçoit ce dont le parent aurait eu besoin. La deuxième figure de cas comble encore une fois les besoins du parent plus que ceux de l'enfant, qui voit les rêves et aspirations de ses parents se subordonner aux siens, ce qui fait que son essence propre est reléguée à l'arrière plan (Steinem, 1992). L'enfant est alors le prolongement du parent et sera chargé de «réparer» le parent blessé, qui projette ses désirs sur son enfant. Si celui-ci réussit, le parent peut développer de la jalousie face aux accomplissements de son enfant (Rigon, 1999). La dernière situation peut survenir lorsque le parent n'a pas pris conscience de ce que l'éducation qu'il a reçue avait de mauvais pour lui, ce qui fait qu'il a tendance à la reproduire (Steinem, 1992).

D'autres aspects peuvent influencer l'estime de soi d'un enfant, comme sa place dans la famille. Par exemple, l'aîné peut porter sur lui les attentes des parents, ou encore, à la naissance d'un autre bébé, peut sentir qu'il perd sa place et qu'on accorde plus d'importance au nouveau-né. Ainsi, «la valeur que l'on s'accorde est directement touchée lors de la naissance d'un cadet» (Rigon, 1999, p. 119). À l'inverse, le cadet peut avoir de la difficulté à trouver sa place en comparaison à un aîné qui réussit bien en tout ou, au contraire, récolter les attentes des parents auxquels le plus vieux n'aura pas répondu. L'enfant unique, pour sa part, porte sur son dos l'ensemble des souhaits de ses parents et est aussi le seul à assumer les déceptions qu'il peut leur causer. Son estime de soi peut seulement dépendre de la fierté qu'il apporte à ses parents (Rigon, 1999).

Des changements dans la famille peuvent aussi venir jouer sur l'estime de soi. Ainsi, une séparation du couple parental peut entraîner un sentiment de culpabilité et l'impression de ne pas avoir été assez bien pour garder le parent qui est parti. Il peut également s'identifier au parent «quitté» qui peut vivre un sentiment de perte de valeur personnelle, ce que l'enfant ressentira aussi. De plus, une recomposition familiale vient modifier le système et l'enfant doit se situer en rétablissant son sentiment d'appartenance et en s'adaptant à de nouvelles relations (Rigon, 1999).

2.5 Comment le TDAH peut-il affecter l'estime de soi?

Maintenant que nous avons vu ce qu'est le TDAH et ce qu'est l'estime de soi, voyons comment cette dernière peut être affectée par le trouble. Tout d'abord, ce qu'il faut savoir, c'est que le TDAH n'a pas une influence directe sur l'estime de soi des enfants qui en sont porteurs. Elle est touchée de plusieurs manières, en quelque sorte, par ricochet. Ceci n'est pas une règle, c'est-à-dire que l'enfant ayant un TDAH n'a pas forcément une mauvaise estime de lui-même. Par ailleurs, ceux chez qui elle est diminuée présentent une réelle souffrance, comme dans le cas de Mike.

Selon Lavigueur (2002), deux facteurs principaux sont en cause dans l'atteinte de l'estime de soi chez l'enfant TDAH : sa propension à vivre échecs par dessus échecs et la difficulté qu'il a à voir les conséquences de ses actes. Nous avons vu l'importance du sentiment de compétence dans le développement de l'estime de soi, qui s'acquiert en

grande partie en fonction des réussites vécues. L'enfant qui est trop impulsif pour arriver à maintenir des relations d'amitié harmonieuses ou qui est tellement inattentif en classe qu'il n'a pas pu comprendre la matière nécessaire à sa réussite aux examens est en position de vivre des revers fréquents. Suite à cette répétition, l'enfant peut se dire qu'il est incapable de faire comme les autres, ce qui amène une perte de motivation et ainsi une diminution de l'estime de soi (Robitaille et Vézina, 2003).

Suite à ces revers, l'enfant qui vit dans le moment présent et qui a de la difficulté à prendre suffisamment de recul pour avoir un regard sur ses actions et réfléchir sur soi (Barkley et Wilens, 2005) n'aura pas l'occasion d'apprendre des erreurs qu'il a commises et de découvrir de nouvelles stratégies qui lui permettront de modifier son comportement pour éviter de revivre la même situation (Lavigneur, 2002).

Les interactions familiales négatives sont fréquentes dans le milieu familial d'un enfant avec un TDAH. Les parents ont tendance à utiliser des attitudes éducatives plus rigides pour tenter de mettre un frein au comportement dérangeant de leur enfant (Célestin-Westreich, Ponjaert-Kristoffersen et Célestin, 2000). On voit alors l'accent mis sur les interdictions revenant sans cesse et les comportements inappropriés, ce qui fait que le message qui lui est envoyé fréquemment traduit qu'il est inadéquat. Les échanges positifs se raréfient et la relation avec l'enfant se teinte du climat tendu (Lavigneur, 2002). Ainsi, si on mettait l'ensemble des commentaires reçus dans une journée par l'enfant avec un TDAH dans une balance, en séparant d'un côté le négatif, de l'autre

côté, le positif, on se retrouverait sûrement avec des côtés bien inégaux. Il ne faut pas perdre de vue que l'enfant apprend à se connaître à travers l'image de lui-même qui lui est renvoyée et qu'il s'évalue en fonction de ce qu'il croit être.

C'est cette connaissance de soi qui est à la base de l'identité de l'enfant. Si l'enfant reçoit en majorité des commentaires négatifs, c'est ce qu'il intégrera et il développera une «identité négative» (Duclos, 2004 b). L'identité est ce que l'on croit fondamentalement être. Par exemple, un garçon qui se fait appeler «fillette» par le caissier d'un magasin deviendra mal à l'aise ou offusqué et dira qu'il est un garçon, parce qu'il défend son identité personnelle. Il en va de même pour le jeune qui a une identité négative, qu'il aura tendance à défendre en ayant un comportement négatif. Ainsi, si on le complimente, sa réaction nous donne l'impression qu'il ne nous croit pas ou encore, cela sera tellement en contradiction avec ce qu'il pense de lui qu'il adoptera aussitôt un comportement négatif pour défendre son identité (Duclos, 2004 b). L'estime de soi est directement en lien avec l'identité de l'enfant. S'il se croit fondamentalement mauvais, il devient difficile pour lui d'avoir une bonne opinion de lui-même.

Une recherche récente fait l'analyse qualitative d'entrevues semi structurées avec des enfants et des adolescents sur la perception qu'ils ont du TDAH, dont ils sont atteints. Un des points marquants en ressortant est que plusieurs d'entre eux présentent une identification importante au TDAH et ont tendance à se définir selon les symptômes

qu'ils présentent. Ainsi, c'est comme si le trouble faisait partie intégrante de leur identité (Kendall, Hatton, Beckett et Leo, 2003).

Une étude réalisée par Bussing, Zima et Perwien (2000) montre, entre autres, que les enfants présentant un TDAH provenant d'une famille qui considère leur problématique comme un lourd fardeau ont une estime de soi plus faible que ceux pour lesquels le TDAH a moins d'impact sur la famille. À l'inverse, une étude s'intéressant plutôt à la perception de l'enfant TDAH sur sa famille montre des préoccupations en lien avec les besoins d'être aimé, nourri et protégé. Ces auteurs expliquent cela par le fait que l'enfant peut en venir à interpréter le climat familial tendu comme un milieu peu «nourricier» (Célestin-Westreich, Ponjaert-Kristoffersen et Célestin, 2000). On peut relier ces résultats au besoin de l'enfant d'avoir un sentiment d'appartenance à sa famille, sentiment qui apparaît lorsque l'enfant trouve réponse à ses besoins dans sa famille, a sa place à lui, qu'il est accepté tel qu'il est, afin de développer son estime de soi.

Il a été démontré dans un groupe de garçons âgés de 6 à 12 ans que les jeunes avec un TDAH avaient une moins bonne estime de soi que le groupe de comparaison ne présentant pas de TDAH. Le groupe de jeunes ayant le trouble était également séparé en deux en fonction de l'agressivité associée. Il en ressort que les garçons agressifs qui ont un TDAH ont une estime de soi significativement plus faible que ceux qui ont un TDAH sans comportement agressif associé. Les auteurs suggèrent, pour expliquer cette

différence, que les garçons agressifs se sentent davantage mal à l'aise face à leur comportement que leurs pairs non agressifs (Treuting et Hinsham, 2001). On peut penser que ces garçons, présentant un comportement incohérent avec ce qu'ils perçoivent comme demande de l'environnement à travers les règles sociales et ce qu'ils reçoivent comme rétroactions, s'évaluent comme ne répondant pas aux normes, ce qui peut avoir une incidence sur l'estime.

Dans cette même étude, qui analysait la dépression et l'estime de soi en lien avec l'agressivité associée au TDAH, on retrouve une corrélation négative importante entre la mesure d'estime de soi et de dépression, ce qui suggère que, lorsque l'estime diminue, les symptômes dépressifs augmentent (Treuting et Hinsham, 2001). Ce résultat montre à quel point les jeunes avec un TDAH dont l'estime de soi est atteinte peuvent souffrir.

Nous avons vu que l'estime de soi du parent est importante puisqu'elle peut influencer celle de son enfant. Le TDAH peut également avoir une incidence dans l'estime que se porte l'adulte quant à son rôle de parent. L'estime de soi du parent est également influencée par le regard de l'entourage. L'enfant qui présente un TDAH peut facilement passer pour un jeune mal élevé qui n'écoute pas. Le regard et le jugement que reçoit le parent sont fréquemment négatifs, ce qui crée chez lui un sentiment d'incompétence qui mine l'estime qu'il se porte, ce qui peut entraîner une attitude de découragement face à son rôle parental (Lavigueur, 2002).

3. Suggestions de grands principes d'intervention

3.1 Quelques techniques aidant à gérer le TDAH

Avant de savoir quoi faire pour gérer le TDAH, il importe que le trouble et ses caractéristiques soient bien connus. En effet, que l'enfant, la famille et l'entourage comprennent est le préalable nécessaire à l'intervention car cela permet d'expliquer le comportement et de le dissocier de la volonté de l'enfant. Les parents peuvent alors mesurer la différence de leur enfant et se rendre compte des déficits à combler dans son éducation, qui demande plus que celle d'un enfant sans TDAH. Les parents, en découvrant qu'il y a une cause physiologique aux caractéristiques de leur enfant, sont en quelque sorte soulagés de voir que leur enfant n'est pas ainsi parce qu'ils sont inadéquats (Lavigne, 2002). La réalité de l'enfant et de la famille est rendue concrète par les explications sur le trouble et ses répercussions, ce qui permet de mieux cibler avec eux les objectifs d'intervention et de comprendre le sens des techniques proposées en fonction des caractéristiques du TDAH.

Souvent, lorsqu'un TDAH est diagnostiqué, la relation entre les parents et l'enfant est déjà dégradée. Gabor Maté, dans son volume *L'esprit dispersé* (2001), mentionne que les techniques d'apprentissage et de modification de comportement n'ont d'assises solides que si elles s'établissent au sein d'une relation d'attachement. Il conçoit donc que la relation avec l'enfant doit être mise au-dessus de tout (comportement et

répercussions à la maison, jugement de l'entourage, plaintes de l'école, etc.). Pour se faire, il propose quelques principes aux parents pour améliorer la relation. Nous les verrons successivement, entrecoupés d'autres suggestions allant dans le même sens et provenant de divers auteurs.

Premièrement, Maté insiste sur le fait que c'est le parent qui a la responsabilité active de développer et de maintenir la relation avec son enfant. C'est le parent qui doit prendre l'initiative de passer du temps avec son enfant, de lui porter attention afin de lui faire sentir que son existence est appréciée. « Le parent peut verbaliser ce message, mais si le message n'est pas vécu par un engagement en temps et en énergie, l'enfant recevra au mieux des messages contradictoires » (Maté, 2001, p. 182). Pour ce faire, Duclos (2004 c) propose de se réserver une période de temps (environ 15 minutes) chaque jour pour réaliser une activité plaisante seul avec l'enfant. En effet, une bonne stratégie pour améliorer la relation est de donner de l'attention positive, en passant du temps seul à seul avec l'enfant. Le but est seulement de passer du bon temps, sans juger, ni donner de consignes ou corriger l'enfant. Les commentaires du parent doivent être positifs ou encore seulement des descriptions de ce qu'il observe. Durant cette période, si l'enfant adopte un comportement agaçant aux yeux du parent, mais sans aller à l'encontre des règles établies, ce comportement devra tout simplement être ignoré jusqu'à ce qu'il cesse. Par ailleurs, si un comportement inacceptable survient, le moment privilégié cesse et le parent fait le nécessaire pour corriger le comportement. Il est important de noter

que ce moment seul à seul avec l'enfant n'est pas une récompense qui peut être gagnée ou perdue selon ses agissements (Barkley, Edwards & Arthur, 1999).

Ensuite, afin de maintenir une bonne relation, il faut, autant que possible, éviter de mettre l'accent sur les erreurs et les fautes de l'enfant. Cette attitude montre à l'enfant que son parent ne le juge pas et, ainsi, l'accepte inconditionnellement. « Il devient moins dangereux de reconnaître qu'il a des difficultés s'il sent que celles-ci ne menacent pas sa relation avec ses parents » (Maté, 2001, p. 184). Ses difficultés sont souvent inhérentes au trouble qui l'affecte et il importe d'arriver à dissocier les comportements reliés au TDAH de la personne qu'est l'enfant (Duclos, 2004 c).

Bien que nous ayons vu qu'il est important de souligner les bons coups de l'enfant, Maté soutient qu'il ne faut pas féliciter outre mesure, mais le faire de manière mesurée, tout en reflétant les sentiments de l'enfant et ses efforts plutôt que les résultats qu'il obtient, par exemple, en disant «félicitations, tu as travaillé très fort pour avoir cette belle note» plutôt que «félicitations pour ta bonne note» (Maté, 2001).

Afin de préserver une bonne relation, les parents doivent éviter d'agir sous le sceau de la colère. Maté mentionne que, lorsque l'enfant est face à la colère de son parent, l'enfant se sent aussitôt en perte de contact avec lui, ce qui lui confirme son sentiment de ne pas valoir suffisamment pour qu'on entretienne une relation chaleureuse avec lui (Maté, 2001). Dans le même sens, Barkley (1999), lorsqu'il suggère ses dix

principes à suivre dans l'éducation d'un enfant avec un TDAH, prévient qu'il est parfois nécessaire de se retirer physiquement d'une situation afin de reprendre le contrôle sur ses émotions. C'est l'enfant qui a un TDAH qui a des difficultés. Le parent est l'adulte et est dans le rôle de l'éducateur, c'est donc celui des deux qui doit garder son calme. Le principe le plus difficile à suivre, selon lui, est de pardonner, chaque jour, les manquements et les incartades de l'enfant. Il propose de prendre un temps chaque soir pour se débarrasser de la colère envers l'enfant, envers l'entourage, qui n'est pas toujours compréhensif, et envers soi-même, puisque, comme parent, il est normal de faire des erreurs (Barkley, 1995). Afin de contrecarrer les effets de la colère et de la déception, Duclos (2004 c) suggère de prendre en note les moments de complicité avec l'enfant afin de pouvoir s'y référer lors des moments plus maussades de la relation et de ne pas se perdre de vue, donc de s'occuper de soi et de reconnaître les moments où le besoin de recul se fait sentir.

Le dernier conseil de Maté (2001) concernant le maintien d'une relation d'attachement avec l'enfant est de ne pas attendre que l'enfant tente de rétablir le lien suite à un conflit. Ce serait plutôt au parent de prendre la responsabilité de renouer contact puisque la relation doit passer avant tout et le message à donner à l'enfant est qu'il n'y a rien qu'il puisse faire qui menacerait la relation d'attachement avec ses parents. Il ne doit donc pas avoir à « mériter » le pardon, sans toutefois que cela le déleste de la responsabilité de ses actes (Barkley, 1995).

Lavigueur (2002), dans son livre *Ces parents à bout de souffle*, propose la méthode des quatre C : « compenser les déficits, clarifier les demandes, construire sur le positif et contrecarrer l'inacceptable ».

Compenser les déficits signifie se trouver des moyens pour aider l'enfant à pallier ses difficultés, c'est-à-dire, « offrir à l'enfant des conditions extérieures et un encadrement qui faciliteront sa réussite, *malgré* ses déficits... » (Lavigueur, 2002, p. 121, en italiques dans le texte).

Premièrement, l'enfant qui a un TDAH manque souvent de structure. Il a de la difficulté à se construire de l'intérieur et a besoin qu'elle provienne de l'extérieur. Il peut être utile de lui faire des listes, d'écrire certaines règles, de les répéter. Le fait d'entendre les limites, de les voir écrites, permet à la structure qui lui manque de devenir apparente²². À cet effet, il est également possible d'ajouter des codes de couleurs dans les listes ou de faire des tableaux à cocher lorsqu'il s'agit de tâches.

Toujours en lien avec la structure, il est préférable d'être aussi prévisible que possible avec un enfant ayant un TDAH. Il peut être déstabilisé par des changements imprévisibles ou devant l'inconnu, devenant surexcité. Dans le même sens, il faut éviter

²² Hallowell, E. et Ratey, J. (1992) « les 50 trucs pour la gestion académique du déficit d'attention », traduction de Claude Jolicoeur, 1996. (Consulté en ligne le 01-05-2005.) www.aei.net/~claudelj/gestionTDAenfance.html

de tomber dans la surstimulation, qui peut également mener à la surexcitation²³. Il est de mise de savoir prévoir les situations où l'enfant pourrait se désorganiser et adopter des comportements plus dérangeants. Habituellement, les parents connaissent suffisamment leur enfant pour savoir quelle situation risque de mal tourner. Il est possible de préparer l'enfant à cette situation en lui répétant les règles avant d'être dans la situation en question et en l'informant bien des conséquences possibles (positives ou négatives). L'enfant sait alors plus à quoi s'attendre (Lavigneur, 2002). La discussion avec l'enfant avant la situation est primordiale, de même que le fait de respecter l'entente qui est passée avec lui selon la tournure des événements (Barkley, 1995).

Encadrer les déficits signifie également organiser l'environnement en fonction des déficits. Par exemple, faire en sorte que la chambre de l'enfant ne contienne pas trop de choses et que celles-ci puissent être rangées facilement (tablettes, crochets pour les vêtements, etc.). De plus, s'il est possible, un espace de jeu à l'intérieur peut être alloué aux jeux de l'enfant, endroit où il pourra s'énerver à loisir... Évidemment, le jeu à l'extérieur, dans des grands espaces où il est possible de dépenser son énergie, est à privilégier (Lavigneur, 2002). Duclos (2004 c) mentionne qu'il est plus profitable de mettre un cadre à l'hyperactivité plutôt que de tenter de l'étouffer, puisqu'il est impossible de l'éliminer.

²³ Hallowell et Ratey, (1992), opcit.

Le deuxième C, « clarifier les demandes », vise à aider les parents à mieux gérer le fait que l'enfant n'obtempère pas tout le temps aux demandes qui lui sont faites. Souvent, il faut redemander encore et encore et, le jour suivant, tout est à recommencer. Il s'agit d'une plainte fréquente des parents qui ont un enfant avec un TDAH : il n'écoute pas quand on lui dit quelque chose. C'est sûrement une des conséquences les plus irritantes du trouble pour les parents : la distraction, l'impulsivité et la tendance à ne vivre que dans l'immédiat. Lavigneur propose trois choses : avant de demander quelque chose à l'enfant, choisir ce qui est essentiel seulement, faire la demande de la façon la plus claire et précise possible et réagir à une réponse adéquate de l'enfant afin de motiver une réaction semblable ultérieurement. Il ne faut pas avoir peur de dire clairement à l'enfant ce que l'on attend de lui (Lavigneur, 2002).

À un autre niveau, le contact visuel est un outil très utile puisqu'il permet de sortir l'enfant de son inattention. Cela devient une manière de l'aider à mettre le focus sur ce qu'on veut lui faire entendre, ce qui augmente les chances que le message passé soit effectivement reçu. Une autre manière de garder l'enfant « centré » est de favoriser son implication en lui donnant des responsabilités. Cela lui procure un sentiment d'utilité qui le valorise et le garde motivé. Par rapport à la motivation et à l'attention, les tâches (scolaires ou autres) ont avantage à être décortiquées en parties, ce qui sauvegarde la motivation et réduit les défis, qui risquent ainsi moins d'être perçus comme des tâches insurmontables²⁴. De plus, la quantité d'attention à fournir sera plus

²⁴ Hallowell et Ratey, (1992), opcit.

réaliste si l'enfant peut réaliser plusieurs petites tâches entrecoupées de pauses et il risque moins de s'égarer en cours de route puisque ce qui lui a été demandé se réalise assez rapidement.

« Construire sur le positif » (3^{ème} C) est une manière d'envisager l'éducation de l'enfant à travers l'encouragement de la reproduction des comportements désirés plutôt que par la répression d'actions inadéquates. Cette façon de faire est soutenue par deux principes : « pour toute personne, un effort a plus de chance d'être maintenu s'il entraîne une conséquence positive. Deuxièmement, comparés aux autres enfants, ceux ayant un DAH ont encore plus besoin d'être encouragés par des conséquences positives fréquentes et évidentes » (Lavigneur, 2002, p. 155). On peut également ajouter à ces principes qu'il faut être prudent dans l'utilisation du mode punitif. Ne réagir qu'au comportement négatif peut entraîner des effets dommageables sur la relation parent – enfant en devenant le principal mode d'interaction, alors que nous avons vu que la relation est un élément essentiel à la survenue de changements positifs durables. Cela ne signifie pas que la punition soit inefficace, mais il faut prendre soin de montrer au jeune des comportements alternatifs adéquats. Un programme de récompenses peut être mis en place, ce qui modifie le type d'interactions parent – enfant et incite le jeune à reproduire le comportement valorisé (Barkley, Edwards & Arthur, 1999).

Souvent, les conflits occasionnés suite aux comportements liés au TDAH sont gérés avec des punitions, ce qui mène à des frustrations et rend le climat familial tendu

et négatif. Les parents vivent du découragement et le jeune peut se percevoir comme un problème. Il importe que ce climat devienne plus positif afin que le système familial soit optimiste et voit la possibilité d'améliorer leur situation. De plus, tel que discuté précédemment, l'enfant avec un TDAH reçoit souvent beaucoup plus de commentaires négatifs que positifs. Il importe donc de rétablir la balance afin de permettre au jeune d'acquiescer un peu de motivation à améliorer son comportement en voyant qu'il peut aussi avoir de bons côtés. Les commentaires positifs « vont sembler maladroits et artificiels au départ, mais c'est indispensable pour s'assurer que des interactions positives surviennent au moins autant de fois (sinon plus) que les interactions négatives » (Barkley, Edwards & Arthur, 1999, p. 97, traduction libre).

Dans ses principes directeurs, Barkley (1995) conseille d'utiliser le renforcement positif avant la punition étant donné qu'un enfant ayant un TDAH se verrait puni beaucoup plus souvent qu'un autre enfant, ce qui pourrait avoir des conséquences néfastes sur la relation. Il propose ainsi aux parents de choisir un comportement en particulier qu'ils souhaitent voir modifier et de proposer à l'enfant une alternative adéquate. Il s'agit ensuite de récompenser le comportement voulu à chaque fois qu'il survient. Après une semaine de cette attention positive portée sur le comportement désirable, l'enfant sera averti que le comportement opposé sera puni. La punition sera peu sévère, en gardant en tête que l'enfant doit être récompensé plus souvent que puni (une punition pour trois récompenses), jusqu'à l'extinction du comportement indésirable.

Tel que mentionné, pour encourager et renforcer les bons comportements, il est possible d'installer un système de points. Il s'agit de faire une liste des tâches ou des actions demandées au jeune auxquelles on attribue un nombre de points en fonction de leur difficulté; il peut être plus facile pour un enfant de se brosser les dents avant le coucher que de rester à table pendant le souper, par exemple. Une liste de privilèges est également établie avec le jeune en prenant soin d'en mettre des petits et des gros (sortie au cinéma, se coucher plus tard, inviter un ami à coucher, etc.), qui valent plus ou moins cher en termes de points. Le jeune peut voir en tout temps combien il a de points et combien coûte le privilège. Ce coût est déduit de la banque de l'enfant. Attention, les crédits ne sont pas admis! Il se peut que l'enfant n'adhère pas immédiatement au nouveau système. Il s'agit fréquemment d'une résistance qui vise à conserver l'ancien système. L'important est que les parents soient convaincus de ce que peut apporter ce changement et qu'ils tiennent bon (Barkley, Edwards & Arthur, 1999).

Un système de récompenses peut ne pas être suffisant. Des pénalités peuvent être mises en place si l'enfant n'adopte pas les comportements demandés dans le système de points. Il s'agit de retirer le nombre de points qui lui auraient été alloués s'il avait exécuté la demande. Évidemment, l'enfant doit être au courant de cette règle et savoir qu'il peut perdre des points. Il est donc important de discuter avec le jeune afin qu'il comprenne bien l'implantation des pénalités. Si celles-ci ne s'avèrent pas suffisantes, des punitions peuvent être employées parfois dans les cas de dépassement trop

importants de la limite. L'essentiel est que la punition ne soit pas exagérée et que le parent puisse la tenir (Barkley, Edwards & Arthur, 1999).

Le système de points peut aider à favoriser la construction positive des comportements. Le parent, en suggérant de nouveaux comportements à l'enfant, doit être aux aguets et tenter de le surprendre en flagrant délit de bon comportement afin de valoriser au maximum les changements positifs chez son enfant (Lavigueur, 2002). Comme l'enfant avec un TDAH a tendance à se démotiver rapidement devant une tâche qu'il trouve ennuyeuse, il importe que les conséquences positives soient données le plus rapidement possible afin de l'aider à rester centré et de lui donner plus de feedback en cours d'exécution (Barkley, 1995).

Le quatrième C, « contrecarrer l'inacceptable », fait référence à un ensemble de moyens visant à gérer les comportements inacceptables de manière efficace et non abusive. Pour ce faire, il est important que le parent arrive autant que possible à garder le contrôle de ses émotions et à mettre un frein aux escalades d'agressivité qui conduisent souvent à une fin dramatique comme des punitions exagérées et des blessures dans la relation. Lavigueur (2002) propose d'agir plutôt que de réagir aux actions de l'enfant. La technique du «1-2-3» permet de stopper les escalades. Cette approche vise donc à faire cesser un comportement. Il s'agit en quelque sorte d'un compte à rebours. Le parent agit comme un arbitre, qui siffle lorsqu'une faute est commise. Le «1» est un avertissement, le «2» est annoncé si l'enfant n'a pas réussi à s'arrêter et le «3» est le signal final, qui

indique un temps de repos de quelques minutes afin de tous puissent reprendre le contrôle. La règle d'or dans l'application de cette technique est que le parent garde son calme et s'en tienne seulement au compte à rebours, sans entrer dans l'escalade. Par exemple, un enfant qui veut absolument un jouet au magasin peu continuer d'argumenter après le «1», mais si le parent s'en tient à ses avertissements et n'entre pas dans l'émotion de l'argumentation qui risque de dégénérer, l'enfant peut tranquillement se faire à l'idée et par la suite se calmer. La relation n'aura pas été trop écorchée au passage.

L'instauration du «1-2-3» est évidemment expliquée à l'enfant et il est possible de faire une liste avec lui des occasions où la technique est susceptible d'être utilisée (par exemple, les comportements irritants comme les argumentations suite à une décision ou les fréquentes querelles entre frères et sœurs). Après le temps d'arrêt, les activités peuvent reprendre leur cours normal sans autres commentaires. Pour l'enfant avec un TDAH, cette technique a l'avantage de montrer de manière concrète comment arriver à se maîtriser dans des situations de perte de contrôle, c'est-à-dire se donner un temps pour reprendre le dessus sur ce qu'il vit (Lavigne, 2002).

Dans un autre ordre d'idées, l'enfant avec un TDAH, comme nous l'avons vu, a de la difficulté à avoir un regard critique sur son comportement et à porter une évaluation sur ses actions. Pour l'aider, un moyen est de lui poser des questions qui permettent un retour immédiat sur l'action comme, par exemple : « pourquoi crois-tu

que ton ami s'est fâché après ce que tu lui as dit? » ou encore « qu'est-ce que tu penses que tu aurais pu faire autrement? »²⁵.

Cette autocritique, souvent manquante, est nommée le juge intérieur par Lavigreur (2002), qui donne des indications très utiles pour en faciliter le développement adéquat. Comme l'enfant a besoin de développer sa capacité de faire un retour sur lui-même, il est important de le laisser porter un premier jugement sur ses actions inadéquates avant de lui donner un avis extérieur, le laisser dire ce qu'il en pense tout en l'écouter pour pouvoir venir nuancer par la suite si l'enfant a tendance à exagérer et à être trop tranché dans son évaluation de lui-même. Ainsi, l'enfant peut avoir accès à une perception spécifique du comportement lié à son jugement (et non à une perception globale) qui lui permettra de voir des alternatives concrètes à ses actions et ainsi lui montrer qu'il peut avoir un certain contrôle en modifiant son comportement et s'améliorer. Il est important de lui laisser vivre ses émotions négatives par rapport à ses actions, mais celles-ci peuvent être utilisées comme moteur de changement, en amenant l'enfant à voir ce qu'il peut faire pour éviter de se retrouver dans une situation similaire. Comme le juge intérieur est déficitaire chez l'enfant ayant un TDAH, il est utile de profiter de toutes les occasions qui se présentent pour mener l'enfant vers une meilleure évaluation de lui-même, que ce soit au niveau positif ou négatif en lui soulignant les répercussions de ses comportements. De plus, il est important de mettre en valeur les efforts de l'enfant qui visent un meilleur contrôle de son comportement en les

²⁵ Hallowell et Ratey, (1992), *opcit.*

lui soulignant et en lui rappelant que l'on sait combien il est difficile pour lui de freiner son impulsivité et de remplacer son impulsion première par un comportement plus acceptable.

Nous avons vu également que la capacité de résolution de problèmes peut être déficitaire chez un enfant avec un TDAH. Il est possible d'apprendre une technique à l'enfant en suivant quelques étapes : définir le problème, trouver des solutions, choisir la solution qui lui semble la meilleure, l'appliquer et évaluer le résultat. Si ce dernier s'avère peu concluant, il est toujours possible de retourner à la liste de solutions trouvées. Cette technique peut être employée par la famille lorsqu'un conflit survient. Il importe que tous les membres s'entendent sur les différentes étapes. Pour choisir la meilleure solution, celles qui sont générées peuvent être évaluées par chacun pour arriver au consensus. Évidemment, le parent peut servir de guide à l'enfant ayant un TDAH dans l'utilisation de cette méthode de résolution de problèmes, l'aidant ainsi à se familiariser avec cette technique pour apprendre à l'appliquer. Le but est de rendre l'enfant indépendant dans le processus, donc qu'il l'ait suffisamment intégré pour l'utiliser seul (Barkley, Edwards & Arthur, 1999).

Surtout, au quotidien, il importe de rester attentif aux petits moments magiques empreints de bonheur puisqu'il est facile d'oublier les talents de ces enfants. Ils sont habituellement créatifs et spontanés, deux caractéristiques qui méritent d'être cultivées.

Derrière le TDAH, l'enfant a des qualités qui, quoiqu'il fasse, ne doivent pas tomber dans l'oubli, ni pour son entourage, ni pour lui-même²⁶.

3.2 Comment favoriser l'estime de soi dans le contexte du TDAH?

Certains éléments abordés dans la section précédente ont un effet bénéfique pour l'estime de soi de l'enfant. En effet, tel que nous l'avons vu dans la partie sur l'estime de soi, la relation d'attachement est à la base de l'estime de soi. Les commentaires déjà faits à ce propos sont donc tout à fait pertinents. De plus, la connaissance de soi, aspect important pour l'estime, est directement en lien avec le feedback donné par les parents et l'entourage de l'enfant, ce qui nous ramène inévitablement au point « construire sur du positif ». Les attitudes éducatives stables favorisant des règles claires et constantes qui font que l'enfant sait à quoi s'attendre participent également à une bonne estime de soi en permettant à l'enfant de vivre dans un milieu sécurisant.

Comme l'aspect du TDAH le plus dévastateur ne provient pas du trouble lui-même, mais des effets qui peuvent marquer l'estime de soi, il est important de souligner toutes formes de réussites pour compenser les échecs auxquels ils sont confrontés²⁷. Tel que mentionné, pour qu'il ait un sentiment de compétence, l'enfant doit vivre des réussites. Il est donc nécessaire de lui fournir l'occasion d'en vivre, par exemple, en lui

²⁶ Hallowell et Ratey, (1992), opcit.

²⁷ Idem.

donnant de petites responsabilités dont il pourra s'acquitter et se voir capable de répondre à la demande (par exemple, s'occuper de nourrir le chien), de lui donner accès à des activités de loisirs où il est bon et des activités parascolaires qui lui permettent de mettre ses talents en valeur (Sauvé, 2000).

Nous avons vu que l'une des répercussions possibles du TDAH sur l'estime de soi est le développement d'une identité négative. Celle-ci peut s'exprimer, entre autres, par une parole ou un comportement de l'enfant qui vient saboter un message positif qu'il vient de recevoir. Par exemple, l'enfant qui se fait dire qu'il a été gentil au restaurant parce qu'il est resté assis au cours du souper peut, l'instant d'après, courir partout et bouger sans arrêt. Le parent se demande alors ce qui se passe. L'enfant est en train de lui dire : regarde, je ne suis pas un gentil garçon, au fond, je suis méchant (Sauvé, 2000). Il vient de défendre son identité, aussi négative soit elle. Pour parvenir à transformer cette identité, Duclos (2004 b) propose une solution facilement applicable par les parents. Il s'agit de faire trois commentaires positifs à l'enfant au moment du coucher, qui reprennent des comportements positifs dont le jeune a fait preuve durant la journée. Il se peut, suite à une journée difficile, que la tâche soit plus ardue, mais il est nécessaire d'en nommer, même s'il ne s'agit que d'un petit détail. Le parent, après avoir dit ses trois commentaires, les plus concrets possible, sort de la chambre et laisse l'enfant « mijoter » jusqu'au lendemain. Il est essentiel que cette routine soit répétée tous les soirs, d'une façon constante, durant au moins deux à trois semaines pour qu'il y ait des résultats.

Un autre moyen proposé par Duclos (2004 b) est de réaliser avec l'enfant un « carnet de fierté ». Il s'agit d'un cahier dans lequel on note les bons coups du jeune. Il peut donc servir à lui rappeler ce qu'il fait de bien. Le parent peut le sortir lorsque l'enfant se dévalorise afin de le remettre sur une voie plus positive et l'encourager à persévérer.

Lors de ses recherches, Stanley Coopersmith (1967) – auteur qui a énormément travaillé sur l'estime de soi – note une association fréquente entre l'estime de soi élevée du parent et l'acceptation inconditionnelle de son enfant. Comme cette acceptation favorise l'estime de soi, l'enfant s'identifie plus facilement à son parent et, le lien ainsi renforcé, l'enfant a plus tendance à accéder aux demandes du parent. Il indique qu'une manière d'améliorer l'estime de soi est d'avoir une personne assurée et compétente qui sert de modèle. L'enfant peut alors observer comment elle gère l'anxiété, comment elle fait face aux ambiguïtés et prend ses décisions. Il voit aussi comment elle réagit aux échecs, comment elle entre en relation avec autrui, etc. L'enfant peut ainsi apprendre, par modeling, d'autres manières d'agir qui lui donnent un sentiment de pouvoir plus grand sur ce qui lui arrive habituellement. Exposé à un modèle qui possède une bonne estime de soi, l'enfant peut s'y identifier et apprendre des comportements différents qui lui permettront d'expérimenter de nouvelles avenues qui, éventuellement, stimuleront son estime (Coopersmith, 1967). Cette personne peut être un parent ayant une bonne estime, un autre membre de la famille ou un thérapeute.

Lavigueur (2002) mentionne qu'il faut faire attention aux programmes qui visent l'amélioration de l'estime de soi chez les enfants puisque les acquis peuvent ne pas se généraliser, c'est-à-dire, s'étendre au reste de la vie de l'enfant, en dehors des sessions. Pour sa part, Rigon (1999) mentionne qu'un thérapeute pour l'enfant peut parfois être nécessaire pour permettre à un enfant manquant d'estime de la développer puisque les parents peuvent être « blessés narcissiquement » par cet enfant qui ne répond pas à leurs attentes et ainsi ne pas être bien placés pour aider leur enfant dans ce domaine.

4. L'intervention systémique et son application auprès des familles vivant avec un enfant présentant un TDAH

4.1 Intervention systémique

Tel que mentionné précédemment, le traitement réputé comme étant le plus efficace pour aider un enfant vivant avec un TDAH est dit «multimodal», impliquant diverses cibles d'intervention et divers intervenants. Comme l'enfant ne vit pas seul, mais avec toute une famille (qui peut aussi vivre des répercussions du trouble), l'approche à privilégier s'adresse à l'ensemble du système familial et peut même s'étendre aux différents milieux de vie de l'enfant. Cette perspective dite «écosystémique» se justifie par le fait que l'enfant, même s'il arrive avec tout un bagage génétique et constitutionnel à la naissance, voit son adaptation et son fonctionnement fortement influencés par les différentes interrelations entre les diverses parties de son écosystème (milieux et personnes constituant son entourage) et ce, de par la qualité et la quantité de ses interrelations (Terrisse, Larose et Lefebvre, 1998).

Selon ces mêmes auteurs, «la probabilité qu'un enfant rencontre des problèmes d'adaptation sociale et scolaire dans le cours de son développement dépend en grande partie de la nature des interactions entre ses caractéristiques individuelles et les caractéristiques de l'environnement physique et social au sein duquel il grandit» (Terrisse, Larose et Lefebvre, 1998, p. 40). Si l'on prend la situation plus particulière de l'enfant avec un TDAH, on sait que ce trouble peut entraîner des difficultés sérieuses

d'adaptation (Lavigueur et Desjardins, 1999). C'est donc dire qu'en plus de l'influence de son entourage sur son adaptation globale, l'enfant qui présente un TDAH de surcroît voit encore augmenter sa probabilité d'être confronté à des difficultés d'adaptation au cours de son développement puisque les caractéristiques liées au trouble viennent perturber ses relations avec son entourage, d'où l'importance de travailler auprès de l'ensemble du système.

Lavigueur et Desjardins (1999) proposent un modèle basé sur la perspective systémique du déficit de l'attention/hyperactivité. Selon eux, il existe différentes sphères d'influence autour du trouble pouvant avoir un effet amplificateur sur les déficits dus au TDAH. Le tableau 4 résume les niveaux d'influence du trouble et ce qu'ils comprennent comme facteurs pouvant aggraver la situation.

Tableau 4

Sphères d'influence de la perspective systémique du TDAH
(Inspiré par Lavigueur et Desjardins, 1999)

Sphères	Descriptions
1. Caractéristiques personnelles de l'enfant, ressources et vulnérabilité de la famille	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles associés chez l'enfant (opposition, trouble de la conduite, trouble d'apprentissage) - Manque de ressources cognitives et intellectuelles de l'enfant - Tempérament difficile et traits de personnalité particuliers chez l'enfant - Dimension affective perturbée chez l'enfant (éléments dépressifs, anxieux) - Stress familial élevé - Conflits conjugaux ou dans la fratrie - Faible revenu de la famille
2. Demandes de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> - Demandes trop élevées de l'école envers l'enfant - Relations conflictuelles des parents avec l'école (enseignants, direction, etc.)
3. Culture et société	<ul style="list-style-type: none"> - Valeurs véhiculées influençant négativement le développement de l'enfant - Contexte de vie augmentant le niveau de vulnérabilité des familles

Vous remarquerez que le premier niveau est directement en lien avec l'enfant et que, plus on avance dans les sphères, plus on élargit à des facteurs externes et plus loin de l'enfant, mais qui peuvent tout de même avoir une certaine influence. Évidemment, il est assez difficile d'intervenir au troisième niveau, mais des pistes d'interventions peuvent provenir de l'analyse de la situation individuelle d'un enfant vivant avec un TDAH dans les sphères d'influence et ce, en termes de facteurs de risque et de facteurs de protection.

4.2 *Les facteurs de risque et de protection : explications et analyse de la situation de Mike*

Comme le nom le mentionne, un facteur de risque est une caractéristique concernant une personne qui la rend plus susceptible de faire face à des difficultés diverses. Il ne s'agit pas d'un déterminant, mais plutôt d'un facteur augmentant la probabilité de la survenue d'un problème. Plus il y a de facteurs de risque, plus la probabilité augmente²⁸. Par exemple, un enfant dont un des parents est atteint d'un TDAH a une plus grande probabilité d'être lui aussi atteint du trouble que si aucun de ses parents ne présente cette condition. Cet exemple concerne les antécédents familiaux de l'enfant, mais les facteurs de risque peuvent provenir de différentes sphères de la vie de l'enfant, que ce soit de son histoire prénatale, son vécu scolaire ou familial, etc.

«On appelle *facteurs de protection* les attributs des personnes, des environnements, des situations et des événements qui paraissent tempérer des prédictions de psychopathologie basées sur un statut individuel à risque en offrant une résistance au risque» (Jourdan-Ionescu, 2001, p.166). Les facteurs de protection ont avantage à être développés lorsqu'il y a présence de facteurs de risque, puisqu'en leur absence, la situation n'est pas précaire²⁹.

²⁸ Sécurité publique et Protection civile Canada. «Prévenir le crime en investissant dans les familles et les collectivités» (consulté en ligne le 16-08-2005) www.prevention.gc.ca/fr/library/publications/youth/family/terms.html

²⁹ Sécurité publique et Protection civile Canada. «Facteurs de risque et facteurs de protection : feuillet d'information» (consulté en ligne le 16-08-2005) www.prevention.gc.ca/fr/library/publications/fact_sheets/CMP/risk.htm

Certains facteurs de risque sont connus comme pouvant précipiter l'apparition du TDAH ou encore en aggraver les manifestations, ce qui peut rendre plus ardue la gestion adéquate du trouble. À l'inverse, certains facteurs de protection sont réputés pour avoir un effet bénéfique sur la vie du jeune, soit en retardant l'apparition du TDAH ou en atténuant les symptômes. Ces facteurs de protection favorisent une adaptation plus harmonieuse de l'enfant présentant un TDAH (Charlebois, cité dans Robitaille et Vézina, 2003). Vous retrouverez dans les tableaux 5 et 6 des listes de ces facteurs ainsi qu'une analyse de leur présence ou de leur absence dans le cas de Mike et de sa famille.

Tableau 5

Liste des facteurs de risque reliés au trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et
identification de ceux se rapportant à la situation de Mike
(Tiré de Charlebois, cité dans Robitaille et Vézina, 2003)

Domaines	Facteurs de risque	Présence dans la situation de Mike
Individuel	Faible potentiel intellectuel	Non
	Présence d'autres troubles	Oui (trouble oppositionnel)
	Anomalies du système nerveux central	Non
	Référence tardive	Oui (9 ans)
	Présence d'agressivité	Oui
Familial	Problèmes de santé mentale dans la famille	Non
	Relation parent - enfant conflictuelle	Oui
	Pratique parentale coercitive	Non
	Statut socio-économique faible	Non
	Discipline inconstante	Oui
	Dysfonctions familiales	Oui
	Isolement social	Non
	Alcoolisme, tabagisme, toxicomanie	Tabagisme de la mère et de son conjoint
Psychosocial	Isolement social	Non
	Faible soutien familial et social	Non
	Problèmes de toxicomanie	Non
	Mauvaise évaluation psychosociale lors du diagnostic	Non
	Mauvais encadrement dans l'environnement social	Non
Scolaire	Rejet par les pairs	Non (mais isolement)
	Faible rendement scolaire	Non
	Encadrement coercitif et abusif	Non
	Inconsistance des règles	Non
	Manque ou faiblesse des services complémentaires	Non
	Faible collaboration parent-enseignant	Oui (peu de contacts)
	Accroissement des procédures disciplinaires	Oui (extérieur de la classe)

Tableau 6

Liste des facteurs de protection reliés au trouble de déficit de l'attention/ hyperactivité et identification de ceux se rapportant à la situation de Mike
(Tiré de Charlebois, cité dans Robitaille et Vézina, 2003)

Domaines	Facteurs de protection	Présence dans la situation de Mike
Individuel	Dépistage précoce	Non
	Potentiel intellectuel élevé	Oui
	Bonne sociabilité	Non
	Bonne relation avec l'autorité	Non
Familial	Encadrement ferme et positif de la part des parents	Non
	Bonne communication entre les membres	Non
	Statut socioéconomique moyen à élevé : faible inquiétude relativement à la subsistance	Oui
	Fonctionnement familial adéquat : faible degré de stress, bonne entente dans le couple	Non
	Degré de scolarité élevé des parents	Non
	Bon réseau de soutien social et familial	Oui
Psychosocial	Prise en charge des parents en difficulté	Non
	Développement des compétences parentales	Non
	Programmes périnataux et prénataux	Information non disponible
	Programme de lutte contre la pauvreté	Non
	Mesures de soutien et répit-dépannage	Non
	Groupes ou associations de parents	Non
Scolaire	Bon rendement scolaire	Oui
	Bonne intégration dans le groupe de pairs	Non
	Encadrement ferme, constant et sécurisant de la part du personnel	Information non disponible
	Relation positive avec l'enseignant	Oui
	Bonne communication et collaboration parent-enseignant	Non (peu de contact)

Tel que mentionné, les facteurs ci-dessus concernent l'apparition du TDAH et l'intensité de ses symptômes. Vous remarquerez que certains facteurs du tableau 5 rejoignent les deux premières sphères d'influence du TDAH du tableau 4. D'autres éléments peuvent influencer le développement du jeune et le climat au sein de la famille. Par exemple, dans le cas de Mike, on pourrait penser que la situation avec son père biologique, dont il n'a plus de nouvelles et pour qui il s'inquiète, peut être une source de préoccupations pour lui. À partir du profil de Mike et de sa famille ainsi que de quelques informations supplémentaires recueillies au cours de l'évaluation, nous regarderons leur situation sous l'angle des facteurs de risque et de protection présents dans les différentes sphères de leur vie. Ceci servira de base à l'élaboration des interventions qui seront mises en place afin de les aider à retrouver une certaine harmonie.

Sphère personnelle

Au plan personnel, Mike a de la difficulté à accepter l'autorité, ce qui lui cause des ennuis. De plus, l'évaluation affective réalisée avec lui révèle une faible estime, des éléments de déprime non négligeables ainsi que la présence d'agressivité, que l'on peut voir à travers ses dessins, les sujets dont il aime parler et ses thèmes de jeux.

Mike présente également des facteurs de protection, qui constituent des points positifs sur lesquels s'appuyer. En effet, Mike est un joli garçon qui réussit bien à l'école et qui a de bonnes capacités intellectuelles. De plus, il a des intérêts pour certains sports, tels le karaté et la natation, qu'il pratique et qui représentent pour lui des moments de plaisir.

Sphère familiale

Au niveau familial, les difficultés éducationnelles des parents sont surtout de l'ordre d'une inconsistance dans les règles et d'une incohérence entre les parents. Les routines sont souvent problématiques et les crises des enfants sont difficiles à gérer pour eux. Au niveau relationnel, Mike s'oppose beaucoup et parle très peu de ce qu'il vit. La rivalité fraternelle est très présente et le fait que Mike est fréquemment perçu comme le mauvais exemple que les deux plus jeunes suivent représente également un facteur de risque puisqu'il est très lourd pour un enfant de son âge de porter la responsabilité des

actes de ses frères. De plus, la situation avec son père biologique représente une difficulté supplémentaire pour Mike. Ce dernier est très attaché à son père et a tendance à l'idéaliser. Il s'inquiète pour lui et le défend lorsque des commentaires négatifs sont faits à son endroit. Le climat familial tendu est source de stress pour toute la famille et les parents sont épuisés par la situation.

Des facteurs de protection intéressants sont tout de même présents dans la famille malgré le fait qu'il semble y avoir plusieurs difficultés. En effet, monsieur R., le conjoint de la mère et père du cadet, est très impliqué affectivement auprès des deux autres garçons. La famille ne semble pas avoir de difficultés financières particulières et ils semblent relativement bien entourés. Des activités familiales ont lieu et, le plus important, une volonté de la famille d'améliorer leur situation est perceptible et pourrait servir de levier à l'intervention.

Sphère environnementale

Au plan de l'environnement de Mike, l'aspect social semble problématique. Il n'est pas vraiment rejeté de ses pairs, mais ne s'intègre pas nécessairement aux autres à l'école. La mère remarque également que Mike n'a pas vraiment d'amis. Il joue le plus souvent avec ceux de son frère. À l'école, son comportement lors des récréations lui vaut parfois des fiches d'avertissement. Au niveau familial, les trois garçons étant plutôt turbulents, les parents n'arrivent pas à les faire garder ensemble au même endroit, ce qui rend difficile les sorties de couple où les parents pourraient passer du temps ensemble et se reposer.

Pour les facteurs de protection, la famille habite une maison dans un quartier où les enfants ont de l'espace pour jouer dehors. Au plan scolaire, Mike a une relation positive avec son enseignante et son rendement scolaire est préservé. Les contacts entre l'enseignante et la mère sont bons quoique peu fréquents.

Sphère de la culture et de la société

En général, les parents ont de bonnes valeurs éducatives, mais ne s'entendent pas sur la manière de les faire passer et manquent de cohérence. La société de consommation qui à cours de nos jours laisse sa marque dans cette famille où les récompenses matérielles sont celles qui priment. Les enfants ont les jeux électroniques dernier cri et sont habillés à la dernière mode.

La quantité d'informations auxquelles on peut avoir accès influence également la famille dans le sens que plusieurs explications ou méthodes sont à leur disposition, ce qui mène au danger de se disperser et de ne finalement appliquer aucun des moyens de changement proposés.

4.3 L'estime de soi comme facteur de protection

Il y a plusieurs années, en Californie, un projet concernant l'estime de soi est né, mis sur pied par un député. Il consistait à implanter dans les écoles des programmes favorisant l'estime de soi. Les études exploratoires appuyant ce projet d'envergure montraient que le manque d'estime de soi est un facteur essentiel dans sept domaines problématiques, soit la violence et la criminalité, les problèmes de drogue, l'alcoolisme, la grossesse chez les adolescentes, les mauvais traitements dans les familles, la dépendance envers l'État et les échecs scolaires (Steinem, 1992). Les effets de l'implantation de ce programme dans quelques écoles cibles ont montré de bons résultats. Entre autres, une école particulièrement défavorisée a vu les problèmes de discipline diminuer de 75% (Steinem, 1992). On peut donc voir que l'amélioration de l'estime de soi constitue en quelque sorte une protection contre diverses problématiques.

L'estime de soi constitue un facteur de protection aussi dans le sens qu'il s'agit d'un ingrédient favorisant le changement. Un enfant avec un TDAH qui a déjà trop vécu d'échecs et qui a une piètre estime ne croit pas que la situation peut changer, parce qu'il ne considère pas avoir les capacités nécessaires pour le faire. Il doit apprendre à voir qu'il peut avoir du pouvoir sur sa situation et avoir assez confiance en ses propres moyens pour penser qu'il arrivera à surmonter ses difficultés (Robitaille et Vézina, 2003).

5. Objectif du thème « Comment mieux aider l'enfant caché derrière le TDAH »

Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité est un thème largement étudié ces dernières années et la proportion des jeunes ayant ce diagnostic est en augmentation. Presque tout le monde connaît un enfant dans son entourage qui en est affecté. Pourtant, encore trop souvent, il s'agit d'un trouble méconnu et les comportements de ces jeunes sont mal interprétés.

Les différents auteurs s'entendent pour dire qu'un travail au niveau de l'estime de soi aide dans l'intervention auprès de l'enfant ayant un TDAH. Par ailleurs, peu d'écrits font état d'un processus d'aide qui utilise cet aspect en particulier comme levier d'intervention.

Le but du suivi thérapeutique sur lequel porte cet essai est donc de partir d'une situation réelle, vécue par une famille, et d'appliquer diverses techniques d'intervention reconnues comme efficaces, tout en respectant les besoins propres de cette famille, en ayant toujours en tête la visée de l'amélioration de l'estime de soi de l'enfant et ce, dans le but ultime de minimiser l'effet dévastateur qu'une piètre estime peut avoir sur le cheminement de vie de ce jeune.

Cet essai présente une réflexion sur le thème de l'estime de soi en lien avec le TDAH à travers la mise en action de certains principes d'intervention dans une situation

concrète. Cette mise en action, basée sur le relevé des connaissances cliniques pertinentes sur le sujet, constitue le modèle d'intervention utilisé. Le suivi thérapeutique de Mike, riche en émotions et en rebondissements, sert d'illustration et de base de réflexion sur l'intervention auprès de la clientèle vivant avec le TDAH.

B. Méthode

1. Participants

Les principaux acteurs prenant place dans cet essai ont déjà été présentés lors du contexte théorique. Mike, âgé de neuf ans, ainsi que ses parents, ont accepté que le matériel recueilli lors du suivi thérapeutique avec Mike soit utilisé pour les fins de la réalisation de ce projet, qui prend place dans un processus d'internat dans le cadre d'un doctorat en psychologie. Leur participation est sur base volontaire et ils pouvaient se retirer en tout temps suite à l'entente prise. Le formulaire de consentement éclairé utilisé dans le cadre de cet essai est présenté dans l'Appendice A.

Préalablement au début de la recherche, des démarches ont été faites auprès du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières afin d'obtenir un certificat d'éthique authentifiant que le protocole utilisé est conforme aux normes éthiques des recherches auprès des humains. Ce certificat (CER-04-88 06.01) a été émis le 23 juin 2004 (la copie figure dans l'Appendice B).

La sélection du jeune a été faite selon les conditions suivantes : être âgé de 8 à 12 ans, avoir un diagnostic de déficit d'attention/hyperactivité et une atteinte au niveau de

l'estime de soi. Cette dernière condition était vérifiée à l'aide de certains tests, qui seront présentés dans la section suivante.

2. Instruments de mesure, matériel et déroulement

Une évaluation de l'estime de soi a tout d'abord été réalisée afin de recueillir des informations à ce sujet concernant le vécu de Mike. À cet effet, des épreuves projectives graphiques ont été utilisées, soit le dessin du bonhomme, le dessin de la cour d'école, le dessin de la classe et le dessin de la famille en action (voir les consignes en Appendice C). Ces quatre thèmes ont été choisis afin de reprendre les grands aspects évalués par la forme scolaire de l'*Inventaire de Coopersmith*, questionnaire objectif sur l'estime de soi administré à Mike. Ce questionnaire comprend 58 énoncés auxquels l'enfant répond en disant si cela lui ressemble ou non. Il y a différentes sphères qui y sont explorées, soit sociale, familiale, scolaire et générale. Cet inventaire peut être administré à des enfants scolarisés de huit ans et plus. Bien que le guide d'administration stipule que les énoncés devraient être lus à l'enfant en évitant le plus possible les explications, avec Mike, certains mots ont dû être expliqués étant donné qu'il s'agit d'une traduction française (et non québécoise) et que quelques expressions lui étaient inconnues. La fidélité de la forme scolaire de ce test est de .90 au total et varie selon les domaines étudiés (général : .80, social : .59, familial : .87, scolaire : .71, échelle de mensonge : .52). Au sujet de la validité, la valeur discriminante de tous les items a été calculée. Elle est significative à

.01 pour 72% des énoncés, à .05 pour 14% et non significative pour les 14 % restants (Coopersmith, 1984).

Les deux méthodes précédentes vont chercher la perception de l'enfant et donnent des indications directes de son estime. Afin d'avoir une indication sur la vision de personnes qui côtoient l'enfant concernant son estime de lui-même, un questionnaire d'entrevue semi-structurée a été conçu spécialement à cet effet (Chassé, 2004) (voir Appendice D). Ce questionnaire est inspiré de l'*Inventaire de Coopersmith* et reprend les différentes sphères de l'estime de soi à travers des questions comme : «Le jeune semble-t-il apprécié des autres enfants?», «Le jeune prend-il sa place dans la famille?», «Est-ce que le jeune fait des commentaires sur lui-même?», «Est-ce que le jeune semble à l'aise en classe?». Il a été rempli avec la mère de Mike. De plus, l'enseignante de Mike a également répondu à une partie de ce même questionnaire.

Comme il s'agit d'une étude de cas sur un suivi thérapeutique, des données brutes sur le contenu du suivi ont été amassées. La collecte de données s'est faite d'une manière structurée à l'aide d'un tableau d'analyse de contenu, rempli après chaque entrevue avec l'enfant, regroupant diverses rubriques dont l'humeur de l'enfant, son degré d'intérêt et de participation, le résumé des activités structurées, les autres thèmes abordés, ses verbalisations ou comportements particuliers ainsi que des commentaires sur le transfert et le contre-transfert vécus en cours de séance (voir Appendice E). Le but

de ce document est d'aider à l'analyse du processus thérapeutique suite à la fin des interventions.

Toujours dans le but d'amasser des données pour pouvoir rendre compte du processus, un questionnaire a été conçu pour noter le cheminement des parents dans le groupe auquel ils ont eu accès (Chassé, 2004). Les deux intervenantes en charge de ce groupe de parents qui ont un enfant ayant un TDAH ont accepté de noter leurs perceptions sur des points précis tels que l'attitude des parents dans le groupe, leur degré de participation, la compréhension présumée du matériel apporté, les outils mis en place et la réalisation des défis proposés ainsi que la perception qu'ils ont de l'enfant ou les changements dans leur perception face à lui (voir Appendice F).

Par rapport au matériel, il a été mentionné brièvement précédemment que des activités structurées ont eu lieu en cours de thérapie. En effet, une séance type débute par l'évaluation de l'humeur de l'enfant, sur des feuilles où il doit dessiner un visage représentant son état. Pour cette activité, il est également intéressant de demander à l'enfant de donner un mot qui pourrait représenter le visage tracé afin de l'aider à devenir graduellement plus en mesure de nommer ce qu'il ressent plutôt que de l'agir. Il faut parfois que lui soit reflété l'humeur qu'il dégage afin qu'il prenne réellement le temps de s'y arrêter.

Ensuite, un cahier des bons coups est bâti avec lui afin d'y noter les situations de la semaine qu'il considère être des bons coups de sa part. Afin de susciter une meilleure implication de l'enfant dans ce projet, il est intéressant de construire le cahier avec lui en le laissant choisir lui-même la décoration qu'il veut y mettre. En étant ainsi personnalisé, le cahier devient réellement la propriété de l'enfant, ce qui facilite l'appropriation de ses bons coups.

Une autre activité qui lui est proposée est le sac des mises en situation. Il y pige un énoncé que nous jouons et où il a à dire quelle serait sa réaction s'il était dans cette situation. Le renversement de rôle est parfois utilisé pour illustrer diverses manières de réagir. Par le biais de cette activité, l'affirmation de soi, qui est la mise en action de l'estime de soi, peut plus facilement être travaillée (Duclos, 2004 b). Une liste des énoncés, inspirée en grande partie par un exercice proposé par Lapporte et Sévigny (1998) dans leur guide pratique *Comment développer l'estime de soi de nos enfants*, est disponible en Appendice G. Il s'agit d'énoncés positifs ou négatifs tels que «Un garçon plus vieux t'oblige à lui donner tes sous», «Ton meilleur ami t'ignore» ou encore «Tu fais une activité spéciale avec ta famille».

Une partie de la séance est libre et Mike a le loisir de choisir ce dont il a envie. Ce moment sert à donner la liberté à l'enfant d'exprimer ce qu'il ne pouvait pas dire à travers les activités structurées. Du matériel divers est mis à sa disposition, soit le matériel de la salle de jeu (ballons, bac à sable, marionnettes, camions, maison de

poupées, personnages, crayons, feuilles, tableau, etc). La séance se termine par l'évaluation de l'humeur, soit le dessin du visage qui représente son état à la fin de la rencontre. Ce canevas a parfois dû être adapté en fonction des besoins ou de l'état présentés par Mike à son arrivée. Quelques séances varient donc légèrement du contenu prévu au préalable.

Les interventions dont il est question dans cet essai se déroulent sur une période de sept mois, soit de la fin du mois de septembre à la fin du mois d'avril. Durant cette période, on retrouve l'évaluation avec le pédopsychiatre ainsi que quatre entrevues avec lui réparties sur toute la période. Sous sa recommandation, un suivi est entamé avec Mike. Trois rencontres de prise de contact et d'évaluation ont eu lieu avec lui et une avec sa mère dans le but d'avoir des informations supplémentaires, de répondre à ses questions et de lui expliquer le processus. Initialement, 15 entrevues de suivi étaient prévues, mais, dans les faits, 12 ont eu lieu. Trois rencontres avec Mike ont été manquées pour cause d'oubli. Il y a eu une rencontre avec les parents seuls environ à mi-parcours ainsi qu'environ cinq discussions avec la mère, soit suite aux séances avec Mike ou par téléphone. À la fin du processus, une rencontre de bilan a réuni les parents, Mike, le pédopsychiatre et la thérapeute de Mike. Tout au long du processus, une concertation régulière a permis aux intervenants d'être au fait de l'évolution globale de la famille.

C. Résultats : illustration de quelques principes d'intervention à travers l'histoire de Mike

Dans cette section de l'essai, vous retrouverez tout d'abord le plan d'intervention sur lequel le suivi auprès de Mike et de sa famille est basé. Il est présenté dans cette partie puisqu'il s'agit du point de départ de ce travail thérapeutique. Les objectifs qui y sont présentés sont d'ailleurs repris à la fin des résultats en fonction de l'évolution observée pour chacun des objectifs. C'est à travers le contenu de cette partie que vous pourrez suivre cette évolution, tout d'abord par le cheminement de Mike dans son suivi, puis avec celui des parents. Concernant Mike, quatre aspects qui ressortent particulièrement du suivi seront repris en premier lieu, soit le TDAH, le vécu de Mike dans sa famille, les interventions se rapportant à l'estime de soi et l'évolution relationnelle de Mike. Ils seront suivis d'un tableau synthétisant le contenu de l'ensemble des rencontres avec le jeune. Par la suite, le cheminement des parents sera relaté à travers leur participation à un groupe de parents ainsi que par les autres interventions faites avec eux.

1. Plan d'intervention découlant de l'analyse des facteurs de risque et de protection

Avant d'aborder les résultats du suivi proprement dits, il s'avère important de connaître les objectifs d'intervention qui sont ressortis de l'analyse de la situation et des facteurs de risque et de protection tels qu'ils ont été présentés. Un bref retour sera donc fait sur l'arrivée dans le service.

Auparavant, la famille de Mike a eu des services du CLSC. De plus, les services professionnels de l'école que fréquente Mike ont participé à l'aide apportée à la famille. La psychologue scolaire a observé Mike en classe et a rencontré la mère. Sous sa recommandation, celle-ci s'est présentée à l'hôpital afin de rencontrer le pédiatre faisant une clinique sur le TDAH. C'est à ce moment que le diagnostic a été fait et que la famille a été référée en pédopsychiatrie étant donné les difficultés importantes présentées. La clinique externe de pédopsychiatrie du Centre de Santé et de Services Sociaux de Manicouagan (CSSM), secteur hospitalier, est un service qui regroupe une équipe de base constituée de deux psychologues, une éducatrice spécialisée et un travailleur social. Deux pédopsychiatres qui pratiquent en itinérance assurent les services médicaux spécialisés. C'est au sein de cette équipe que j'ai réalisé mon internat en psychologie et que prend place l'intervention auprès de la famille de Mike.

Suite à l'analyse de la situation familiale et personnelle de Mike, diverses interventions ont été mises en place en mettant à profit plusieurs intervenants de la

clinique, dans une approche multimodale. Les services proposés couvrent trois types d'interventions principales :

1. Les parents ont été invités à participer à un groupe de parents ayant un enfant présentant un TDAH offert à la clinique externe de pédopsychiatrie par une psychologue et une éducatrice spécialisée. Le groupe « Recréer l'harmonie familiale » a été bâti par Marceau et Gendron (2004) et a une durée de dix séances (d'environ deux heures trente) réparties sur environ quatre mois. Les objectifs de ce groupe sont, entre autres, de démystifier la problématique, d'acquérir de nouvelles connaissances et techniques quant à la discipline et les règles, d'apprendre comment améliorer la communication avec les enfants ainsi que la relation (voir l'Appendice H pour le plan détaillé des rencontres). La participation des parents à ce groupe vise le développement des facteurs de protection suivants :
 - ❖ Modifier la perception qu'ils ont de Mike en apprenant à valoriser ses bons côtés
 - ❖ Améliorer la relation parent - enfant
 - ❖ Favoriser la communication dans la famille
 - ❖ Améliorer le fonctionnement familial : viser une meilleure entente des parents au plan de l'éducation des enfants, réduire le stress vécu en favorisant l'établissement de routines et une gestion saine des conflits

- ❖ Viser un changement dans la relation à l'autorité de Mike en favorisant les règles claires, constantes et cohérentes, avec des conséquences ajustées aux comportements.
2. Un suivi thérapeutique a été proposé pour Mike, étant donné les éléments de tristesse importants. Les facteurs de protection dont le développement est visé par cette intervention sont :
- ❖ Amélioration de l'estime de soi à travers une vision de soi réaliste et positive
 - ❖ Amélioration des habiletés relationnelles.

Les objectifs suivants sont également poursuivis :

- ❖ Aider à découvrir de nouveaux comportements
- ❖ Démystification du TDAH et de ses caractéristiques
- ❖ Développement de capacités d'expression de son vécu
- ❖ Expression et gestion de la colère et de l'agressivité.

Parallèlement à ce suivi, des rencontres avec les parents ont lieu afin qu'ils soient au courant du processus de Mike et puissent poser leurs questions quant au comportement du jeune. Les éléments abordés lors du groupe sont également repris en lien avec les besoins de Mike.

3. La famille a accès à un suivi périodique avec le pédopsychiatre dont les objectifs sont les suivants :

- ❖ Assurer le suivi médical de Mike au plan pharmacologique
- ❖ Permettre un soutien des parents au plan personnel
- ❖ Favoriser la constance des règles et la cohérence entre les parents.

Au cours des sections suivantes, les objectifs relevés seront repris, en grande partie, à travers les rencontres réalisées avec Mike et ses parents. Bien qu'ils n'aient pas tous été atteints complètement, les éléments rapportés donnent une bonne indication de la manière dont ils ont été abordés avec les principaux intéressés.

2. Suivi thérapeutique avec Mike

Vous retrouverez dans cette partie certains aspects ressortant des séances avec Mike. Ce sont tantôt des moments ponctuels qui représentent des points forts du vécu de ce jeune, tantôt des thèmes récurrents qui se poursuivent d'une semaine à l'autre et qui montrent l'évolution réalisée. Comme son vécu tout au long du suivi vous est rapporté à travers la vision de sa thérapeute, je fais le choix de le rapporter à la première personne, puisqu'il est indissociable de mon propre vécu et qu'il s'agit de mes interprétations personnelles, étroitement reliées à ce que je connais, mais aussi à ce que je suis fondamentalement comme personne. Ce que je rapporte ici pourrait donc probablement être compris différemment lorsque vu à travers une autre relation.

2.1 Le TDAH

Un des premiers points abordé avec Mike est la problématique du TDAH. Le but que je cherchais à atteindre était de permettre à Mike de connaître les caractéristiques qui proviennent du trouble dont il est atteint et de comprendre ce qui lui arrive. Pour démystifier le TDAH et lui expliquer dans des mots simples, le livre *Mon cerveau a besoin de lunettes*, écrit par Annick Vincent (2004) a été utilisé. En plus d'employer des termes facilement compréhensibles pour l'enfant, le personnage principal qui explique le trouble est un jeune garçon, ce qui a permis une identification et, ainsi, une meilleure intégration des informations puisque Mike s'est retrouvé dans le personnage principal. Évidemment, étant donné ses difficultés d'attention, le livre n'a pas pu être lu en une seule fois. Je me suis servi de certains passages plus pertinents pour sa situation. Mike a particulièrement réagi lorsque le personnage raconte que sa mère était comme lui dans son enfance. Ça l'a fait rire et il a dit ne pas croire que sa mère puisse avoir eu des comportements semblables.

J'ai aussi abordé le sujet de la médication avec Mike, en lui expliquant qu'il n'est pas le seul à en avoir besoin et en lui exposant différentes réactions que les jeunes peuvent avoir face à la prise de médicament, comme la honte, le refus, etc. Pour sa part, il dit que cela ne le dérange pas en prenant un air indifférent. Je suis un peu sceptique... mais le laisse dans sa position. Mon sentiment se confirme quelques rencontres plus tard. En effet, les interventions sur le TDAH et la médication ont fait leur petit bout de

chemin et Mike se rend compte que d'autres enfants en prennent (dont un beaucoup plus tannant que lui...). Je comprends qu'il tente alors de normaliser sa situation en se comparant à d'autres qui vivent aussi avec ce trouble. Il cherche à savoir si je vois Frédérick, le garçon dont il m'a parlé et qui prend du Ritalin. Je lui dis qu'en effet, il arrive que d'autres enfants ayant des problèmes semblables aux siens aient besoin, avec leur famille, d'être aidés. Je lui rappelle aussi la confidentialité dont il bénéficie, confidentialité à laquelle les autres aussi ont droit, mais je me permets de lui dire que je ne connais pas cet enfant.

Ce besoin de normalisation est, à mon sens, très sain et constitue une manière, pour Mike, de se protéger de l'effet dévastateur pour lui d'être différent des autres à ce moment de sa vie, où il commence de plus en plus à se comparer à ses compagnons et à s'inquiéter de ce qu'ils peuvent penser de lui. Cela dit, il devra tout de même apprendre à vivre avec cette caractéristique qui le différencie de la majorité de ses camarades. Par ailleurs, Mike vit d'autres difficultés à la maison qui prennent plus d'importance pour lui que le TDAH en tant que tel, comme nous le verrons un peu plus loin.

Concernant le déroulement de la thérapie, quelques aspects peuvent être influencés par la problématique du TDAH. Par exemple, nous avons vu que la notion du temps peut être touchée. Dans le cas de Mike, au début de chaque rencontre, je lui faisais écrire la date du jour sur la feuille qui servait à identifier ses humeurs. Au départ, il était désorienté dans le temps et donnait des dates erronées, même s'il disait le savoir pour

l'avoir écrit à l'école. Chaque fois, je lui demandais de faire l'exercice de regarder sur le calendrier pour être bien sûr d'avoir la bonne date. En cours de route, il a appris à le faire et a fini par ne plus avoir besoin de le faire puisqu'il arrivait en sachant la bonne date.

De plus Mike est vraiment dans « l'ici et le maintenant », ce qui lui rend difficile la tâche de se souvenir des consignes. Ainsi, j'ai dû m'habituer à répéter les consignes même s'il s'agit d'une activité régulière. Je me suis rendue compte qu'il oubliait d'une fois à l'autre les raisons de nos rencontres. À plusieurs reprises, nous avons dû rediscuter de la manière dont il est arrivé dans nos services ainsi que le but de ses visites, qui est de lui donner un espace pour lui afin d'exprimer ce qu'il vit et d'apprendre à voir ses côtés positifs, qu'il oublie souvent. En effet, lorsque je le questionnais à cet effet, il me disait avoir oublié notre entente. Le fait qu'il ait de la difficulté à faire des retours sur ce qui s'est passé lui rend difficile la tâche de faire l'évaluation de son évolution. À cet effet, les feuilles de l'humeur à l'arrivée et à la fin des séances ont vraiment été utiles en permettant à Mike d'avoir un repère visuel rapide du fait qu'il repartait de nos rencontres heureux ou content (sauf une fois où il était particulièrement en colère à son arrivée), donc, que ça lui a fait du bien.

Évidemment, j'ai trouvé utile d'avoir plusieurs petites activités à faire au cours de nos rencontres, ce qui permettait à Mike de garder son attention en faisant des choses variées. En effet, il est arrivé quelques fois à Mike de répondre à côté de la question ou

de dire quelque chose complètement hors sujet après un moment probablement trop long de conversation, ce qui me montre qu'il est plus efficace de faire de courtes activités de style varié plutôt qu'une trop longue où l'on risque de voir apparaître rapidement le déficit d'attention.

2.2 *Vécu de Mike dans sa famille*

Aussitôt que j'aperçus Mike, la première fois, j'ai senti chez lui une tristesse bien palpable. En cours d'évaluation, je me rends vite compte que cette tristesse côtoie beaucoup d'agressivité, qui se manifeste surtout à travers ses dessins morbides, tels des têtes de mort, des personnages aux membres coupés et sanguinolents, des couteaux traversant un cœur, etc. Lors d'une de nos premières rencontres, où ses sourires se faisaient rares, voire inexistantes, je lui demande s'il y a des choses qui le font rire. Il me dit que oui et me raconte la dernière blague qu'il a trouvée très drôle : « C'était un garçon qui trouve une coccinelle qui pleurait. Il la prend dans sa main et lui demande pourquoi elle pleure. Elle répond que c'est parce que c'est sa fête et que tout le monde l'a oubliée. Alors, il se met à lui chanter *bonne fête*. À la fin de la chanson, il crie Hip! Hip! Hip! Hourra! Et tape dans ses mains... et écrase la coccinelle ». Mike éclate de rire. Tout ce contenu macabre, évoqué également par la mère et l'enseignante, cache certainement une souffrance importante. Mike aurait également déjà dit à sa mère qu'il voudrait mourir et qu'il se rentrerait un couteau dans le ventre. Par ailleurs, il lui parle peu de ce qu'il vit. La thérapie avait pour but que Mike apprenne, un tant soit peu, à exprimer son

ressenti afin qu'il puisse se soulager d'une partie du poids qu'il porte en lui. Pour ce faire, il fallait lui donner certains moyens, mais aussi trouver une manière d'entrer dans ses zones douloureuses, pas facile avec un petit bonhomme fermé sur lui-même qui parle peu...

Ce n'est qu'à la quatrième séance de thérapie (donc septième rencontre entre Mike et moi) que nous parlons réellement de son père. Mike ne se montre pas très bavard sur ce sujet, comme à son habitude. Il me dit qu'il aime mieux son père que le conjoint de sa mère. Par ailleurs, Mike n'a plus de contact avec son père alors que le conjoint s'investit beaucoup affectivement auprès des enfants. Je cherche à voir ce qu'il ressent par rapport à l'absence de son père. Il hausse les épaules et répond plutôt en me citant sa mère, qui lui propose de le laisser faire, de ne pas s'occuper de lui, probablement dans le but d'éviter à Mike de souffrir. Je crois, à ce moment, qu'il vit un conflit de loyauté important envers son père. Il a tendance à l'idéaliser et semble retourner sa colère vers sa famille. Je lui parle un peu des réactions habituellement suscitées par la séparation des parents afin de lui permettre de voir que ce qu'il vit est normal. Je lui propose d'écrire une lettre à son père, pas nécessairement pour la lui envoyer, mais plutôt pour exprimer ce qu'il vit. Il refuse et je n'insiste pas. Je me dis qu'il n'est probablement pas encore prêt. De toute manière, la situation se présentera tôt ou tard.

En effet, deux rencontres plus tard, Mike arrive de mauvaise humeur. Il ne voulait pas venir, car un ami l'avait invité à jouer après l'école. Peut-être était-ce une bonne chose. C'est déjà notre sixième rencontre et nous avons prévu faire un petit bilan ensemble de nos rencontres, mais aussi de comment ça va en général. C'est à ce moment que Mike ouvre sur son vécu. Il dit vouloir aller passer l'été chez son père. Il prévoit le lui demander pour cet été. Quand je lui demande ce qu'il fera si jamais il refuse, il me dit qu'il lui demandera à nouveau l'an prochain et, s'il essuie de nouveau un refus, il laissera tomber. J'en comprends que c'est sa manière de vérifier si son père l'a réellement abandonné. Mike me le confirme en me répondant clairement par « oui » lorsque je lui pose la question. Il accepte d'écrire une lettre à son père pour lui dire ce qu'il ressent. Voici ce qu'il écrit :

À ----- . Je t'aime papa. Je veux que tu
m'envoies une lettre.

Salut papa, je t'ai envoyé une lettre parce que je
t'aime beaucoup beaucoup beaucoup. Cet été, on va
aller te voir et on va te demander si tu veux que
j'aille dormir chez toi. Mike ----- . xxxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx♥♥♥♥♥

Mike ne demande pas, dans sa lettre, pour aller passer l'été chez son père, tel qu'il le souhaite. Peut-être n'ose-t-il pas se dévoiler trop vite, de peur de voir son désir être refusé? Mike a décidé d'envoyer sa lettre à son père, par le biais de sa grand-mère

paternelle. Je crois qu'il avait vraiment besoin de faire une tentative pour rejoindre son père, même si, au départ, il court-circuitait toutes mes propositions en me disant qu'il n'a pas le téléphone et qu'il ne va jamais chercher son courrier. Heureusement qu'il a osé puisque, quelques semaines plus tard, son père a téléphoné et lui a assuré qu'ils se parleraient plus souvent dorénavant. Mike a même pu aller le visiter et passer une nuit chez lui.

Une chose est sûre, Mike n'aime pas quand sa mère parle contre son père. Je ne crois pas qu'elle le fasse parce qu'elle lui en veut, mais plutôt parce qu'elle sait que la situation fait de la peine à Mike (qui se fait des idées par rapport à son père) et elle cherche à ce qu'il cesse de se faire de faux espoirs. Peu importe l'intention qu'il y a derrière, dans les faits, le conflit de loyauté de Mike semble en être alimenté, ainsi que la colère qu'il entretient envers sa mère. Tout se passe comme si l'idéalisation qu'il a pour son père est en quelque sorte un mécanisme de retournement dans le contraire et la colère qu'il ressent face à cet abandon est projetée sur sa famille, qu'il dit détester.

En effet, lors de la même séance, la mère de Mike demande à me parler. Son fils l'inquiète et il lui a dit qu'il la haïssait, ainsi que ses frères. Ce sont des mots bien difficiles à prendre pour une mère... Il lui a aussi parlé de son père et du fait qu'il n'a pas d'ami. Je suis consciente qu'elle a dû le prendre très durement, mais, pour ma part, j'étais contente. Enfin, Mike commence à exprimer ouvertement ce qu'il ressent. Je lui ai donc mentionné que je trouve positif qu'il s'ouvre ainsi à elle. Elle est maintenant en

mesure de jauger la souffrance de son fils, puisqu'il la rend plus accessible. Évidemment, comme il n'est pas habitué à la mettre en mots, elle sort d'une manière dure, brute, non affinée, ce qui peut déstabiliser son entourage...

Toujours par rapport à son vécu familial, Mike porte beaucoup de torts sur son dos, comme il l'a été mentionné précédemment. En effet, il est souvent vu comme celui qui entraîne ses frères dans le mauvais chemin. Il parle mal, n'est pas poli, n'écoute pas quand on lui parle. L'image de lui qui lui est renvoyée n'est pas très flatteuse. En même temps, beaucoup de contrôle lui est laissé à la maison. Ainsi, il dicte à son frère quel ami voir ou ne pas voir. Mike ne nie pas ce fait et confirme qu'il aime « bosser ». De plus, le fait qu'il soit vu en thérapie lui laisse croire que ce n'est que lui le problème. Et, pour moi, un des messages les plus importants à lui faire comprendre, c'est que tout n'est pas de sa faute. Le système familial entier doit apporter des changements pour arriver à un équilibre plus agréable pour chacun. Mike, souvent, n'a pas envie de venir à nos rencontres. Soit parce qu'il aurait quelque chose de plus intéressant à faire comme de jouer avec des copains ou, selon moi, parce que ça lui rappelle qu'il a un problème et lui envoie le message que c'est à lui de changer. Je tente donc de lui répéter fréquemment que ce n'est pas que lui. Sa mère et son conjoint aussi font leur bout en allant au groupe de parents. Pourtant, Mike ne semble pas me croire. Heureusement, une des rencontres avec le pédopsychiatre se déroule avec toute la famille. Que d'action! Ça bouge dans le bureau. Le plus jeune se promène sous le bureau, ça parle dans le désordre et, par la même occasion, fournit une image à Mike de sa famille dans un autre

contexte que la routine, qui lui montre qu'il n'est pas la seule cause de la discorde familiale.

Pourtant, Mike a tout de même gardé cette perception malsaine d'être le « méchant ». En effet, un peu plus tard dans les rencontres, Mike a perdu espoir que la situation change à la maison. Il rapporte que c'est toujours pareil, que sa mère ne change pas et qu'elle ne changera jamais selon lui. Il commence alors à parler d'aller vivre en famille d'accueil, demande qu'il fait également à la maison. Même à la toute fin des rencontres, Mike dit être le problème car il est le seul à consulter. Il dit que tous devraient rencontrer quelqu'un. En fait, Mike a un peu raison dans le sens qu'il ne semble pas y avoir beaucoup de changements à la maison, malgré les enseignements du groupe de parents et les moyens donnés pour modifier les habitudes à la maison. Nous reviendrons plus tard à cet aspect.

Mike finit par nommer plus clairement ce qu'il trouve incorrect. En effet, au départ, il revient toujours sur le même discours, à savoir que sa mère crie tout le temps, selon lui. À la huitième rencontre de thérapie, Mike arrive très en colère. Il était en retard pour venir à notre rencontre et sa mère, fâchée contre lui, l'a puni. Mike parle contre sa mère et dit qu'elle donne des punitions bien trop grosses pour ce qu'il a fait. Elle dit qu'il n'aura pas l'activité prévue pour la semaine de relâche, n'ira pas visiter son père et n'a pas le droit de voir d'ami le soir durant une semaine. De mon côté, je sais pertinemment que ces punitions ont été données sous l'impulsion de la colère et que

c'est la cause de cette exagération. De la même manière, quelques trois séances plus tard, Mike me dit que sa mère ment car, suite à une entente, elle rajoute des conséquences supplémentaires à ce qui était entendu pour un comportement donné. Pour moi, ce sont des indicateurs qui montrent que les patterns sont difficiles à changer à la maison.

2.3 Interventions se rapportant à l'estime de soi

Une des activités structurées visant l'estime de soi ayant eu lieu au cours des séances est le cahier des bons coups, tel que présenté précédemment. La méthode des trois remarques positives de ce qu'a fait l'enfant à la fin de chaque journée avait été présentée à la mère, mais n'a pas été appliquée. Il était probablement trop tôt dans le processus pour que ce moyen puisse être employé à la maison. En effet, à ce stade, trop de choses étaient encore à mettre en place. Il n'y avait alors aucun moment privilégié entre la mère et son fils, ce qui fait que la relation ne permettait probablement pas ce genre d'intervention. Aussi, j'ai cru que de commencer un cahier des bons coups avec Mike, en plus de favoriser son estime à l'intérieur de la thérapie, était un bon moyen d'aider les parents à s'impliquer dans cet objectif en leur permettant de prendre le relais à la fin de la thérapie en continuant le cahier avec Mike, leur laissant ainsi le temps de travailler sur les aspects les plus dérangeants pour eux auparavant. D'autant plus que, dans le cadre du groupe de parents, le « carnet soleil », une variante du cahier des bons coups, leur était présenté et proposé comme activité à faire avec leur enfant.

Tout d'abord, j'ai proposé l'activité à Mike. Il a ensuite accepté de décorer le cahier qui allait servir à noter, chaque semaine, ce qu'il trouve avoir fait de bon. La peinture a été le médium servant à la réalisation de son dessin libre. Ce qu'il a réalisé comme couverture de son cahier des bons coups m'a particulièrement marquée. Je vais donc m'attarder quelque peu sur ce que je comprends de sa production, dont vous pouvez retrouver une photocopie en Appendice I, Mike ayant conservé son cahier.

Tout d'abord, je rappelle qu'il s'agit du dessin de la couverture de son cahier des bons coups, ce que Mike sait bien. On peut donc supposer que la signification sous-jacente à lui donner est qu'il représente en quelque sorte la valeur personnelle qu'il s'accorde, ou du moins, on peut penser qu'il est intimement lié à la perception qu'il a de lui-même. Voici les quelques commentaires que je tiens à faire à propos de ce dessin.

Ce qui me marque au premier coup d'œil, c'est l'impression de vide qui s'en dégage. En effet, le centre de la page est complètement inutilisé, ce qui est rare dans les dessins d'enfants et peut être indicateur de difficultés non négligeables concernant le moi de l'enfant. En effet, le centre de la feuille est souvent interprété comme étant l'espace servant à la projection du moi (Jourdan-Ionescu et Lachance, 2000). Par ailleurs, puisqu'il s'agit du seul dessin de Mike qui est réparti ainsi sur la page, je ne m'inquiète pas pour l'intégrité de sa personnalité, mais je garde en tête qu'il présente certainement une fragilité importante au niveau de la perception qu'il a de lui-même étant donné le « thème » implicite de ce dessin.

L'emplacement du dessin est particulier puisque l'essentiel de sa réalisation se trouve à l'extrême droite de la feuille. Cette concentration dans une extrémité est une particularité rare et cette partie de la feuille fait référence, entre autres, à un élan vers l'action et vers le futur (Jourdan-Ionescu et Lachance, 2000). À partir de ces éléments, je me permets de formuler une hypothèse de fuite dans l'action face aux angoisses présentes.

La maison est l'élément qui m'apparaît central, quoique non entier, dans la réalisation de Mike. La maison est un lieu protecteur et, symboliquement, fait référence à la relation à l'objet maternel telle que vécue par le dessinateur (Huard, 2001). Le fait que la maison de Mike ne soit pas complète pose l'hypothèse d'une incapacité à intégrer et à vivre tous les aspects liés à l'objet maternel. Quelque chose le dépasse et il cherche à l'actualiser. Comme le débordement est situé à droite, on peut penser qu'il mise sur des échanges avec son milieu actuel et nouveau pour tenter d'actualiser ce qui n'est pas intégré, ce qu'il n'obtient pas à travers sa relation à l'objet maternel et qui lui permettrait d'avoir une identité de base vraiment saine (Huard, 2001).

L'importance du toit de la maison peut être interprétée comme une tendance à donner beaucoup d'importance au monde fantasmatique. Par ailleurs, ce toit, imposant et carré, donne une impression de lourdeur, d'oppression. L'utilisation du noir le rend encore plus sombre. Cette couleur, qui symbolise l'angoisse, ainsi appliquée, est signe

d'une anxiété non négligeable en lien avec un renforcement des défenses et peut exprimer un état affectif noir, sans solution (Royer, 1995).

Globalement, ce dessin laisse un sentiment de vide et est certainement en lien avec une grande fragilité chez Mike. Des éléments non intégrés de la relation à l'objet maternel l'empêchent d'avoir une base solide sur laquelle construire sa personnalité et il recherche ces éléments dans son environnement. On peut également dire que Mike a une tendance à être dans l'action, ce qui pourrait constituer une fuite par rapport aux angoisses, qui sont également apparentes dans le dessin. Le monde fantasmatique prend de l'importance et des indications d'anxiété et d'agressivité sont présentes. C'est avec ces considérations que débute le travail à partir du cahier des bons coups.

Au départ, Mike a de la difficulté à se trouver des bons coups. En fait, la consigne doit lui être répétée plusieurs fois avant qu'il saisisse ce que je lui demande. La première fois, il m'a nommé des sentiments positifs, comme « content » et je dois le questionner pour retrouver le contexte. Cela semble difficile pour Mike de s'arrêter pour regarder en arrière et évaluer les moments où il était fier de lui. À la troisième rencontre où nous avons fait cet exercice, Mike n'arrivait pas à se trouver un bon coup. Il faut dire qu'il est arrivé de mauvaise humeur... C'est finalement moi qui lui en ai nommé un. En effet, j'ai remarqué qu'il était attentionné face à moi au cours du jeu de défoulement avec l'épée en tentant de me montrer ses trucs de combat.

La plupart du temps, au début, ses bons coups sont surtout reliés au travail scolaire ou à ce qui se passe à l'école. Je le lui fais remarquer après quelques séances, avec l'intention de lui faire voir qu'il se voit peut-être plus négativement dans son contexte familial. La fois suivante, il me dit qu'il n'est bon à rien et qu'il répète toujours les mêmes choses par rapport à l'école. J'ai peut-être fait une erreur dans ma formulation pour qu'il en vienne à penser cela. S'est-il senti menacé? Je ne saurais dire. Toujours est-il que, pour la seconde fois, c'est moi qui lui ai mentionné une chose qu'il a fait de bien lors de la séance et je lui ai mentionné que je souhaite qu'il se souvienne d'au moins une chose de nos rencontres, c'est qu'il n'est pas un « mauvais » enfant, qu'il a de belles forces et qualités.

La rencontre suivant cet épisode, Mike est revenu sur le fait qu'il fait toujours les mêmes activités à l'école, ce qui l'amène forcément à nommer les mêmes choses... Je lui rappelle, en d'autres mots, que ce ne sont pas les activités qui importent, mais plutôt lui dans les activités, comment il se voit. Je crois que c'est une erreur de ma part de ne pas avoir répété la consigne à chaque fois que nous écrivions dans son cahier. J'ai pris pour acquis qu'il se souvenait de la tâche d'une fois à l'autre, puisqu'il s'agissait d'une habitude, alors que pour Mike, vivant avec un TDAH, ce n'est peut-être pas si automatique... Toujours est-il que, cette fois, il nomme trois éléments complètement extérieurs à l'école.

Comme je le disais, au départ, Mike avait souvent besoin d'aide et de stimulation. À un moment, pour lui renvoyer la responsabilité de trouver lui-même ses bons coups, je lui ai lancé le défi de se surpasser lui-même à chaque fois, en battant son record de bons coups trouvés. Cette méthode a en général bien fonctionné et Mike semblait plus motivé à la tâche.

Rétrospectivement, j'évalue cette activité comme positive. Elle a permis de nommer à Mike un point majeur : le fait qu'il a plein de qualités, mais qu'il a parfois de la difficulté à les voir et cette technique est une façon concrète de lui apprendre à le faire. De plus, Mike a pu le faire lire à sa mère et ça a été une occasion pour elle de valoriser son garçon en lui nommant d'autres moments positifs et agréables passés avec lui, de même qu'en lui soulignant certaines de ses réussites. Finalement, je crois que Mike a pu s'améliorer dans sa capacité à reconnaître ses bons coups, mais je pense qu'il a encore de la difficulté à se les approprier complètement et à les prendre comme des « preuves » qu'il y a des aspects positifs chez lui.

L'autre activité structurée choisie pour les séances de thérapie est la mise en situation. Une liste des mises en situation utilisées est disponible en Appendice G. Le lien avec l'estime de soi est plus indirect, puisque cette activité concerne plutôt l'affirmation de soi. Je dis indirect, mais relié, dans le sens où l'affirmation de soi est une mise en action de l'estime. Avoir une piètre estime amène parfois à ne pas dire ce

qu'on pense ou à se laisser marcher sur les pieds et accepter d'être traité moins bien que ce que l'on a désiré ou mérité.

Pour l'occasion, j'ai découpé les différentes phrases et les ai placées dans un sac. Mike pigeait à chaque rencontre une ou deux mises en situation, selon le temps disponible, que nous jouions par la suite. En général, Mike a une bonne réaction face aux situations présentées et ne se laisse pas faire lors des mises en scène où il est face à quelqu'un qui tente de le dominer. Il ne faut pas oublier qu'il a tendance à agir en contrôlant la situation. Par ailleurs, il arrive que sa façon de répondre aux diverses situations problématiques puisse devenir une source de conflit dans la réalité. Par exemple, lorsqu'il s'agit d'une demande d'un parent (soit de laisser son jeu pour venir manger ou encore de travailler plus longtemps à ses devoirs), Mike répond par des comportements opposants. De plus, il arrive que Mike réagisse d'une manière passive, comme lorsqu'il pige « ton meilleur ami t'ignore » ou encore « tu as gagné un prix ». Ces deux cas de figure sollicitent l'expression émotionnelle, ce qui est très difficile pour Mike. En effet, il exprime peu ses émotions en général, sauf dans les moments de crise. Pour ma part, je trouve difficile d'être face à un jeune qui n'exprime pas de joie. Dans la mise en situation du prix gagné, bien qu'il se dise content après mon annonce simulée au micro, rien ne paraît dans son visage ou dans sa gestuelle. Lorsqu'une réponse émotive est attendue de par la nature de la mise en situation, Mike agit le plus souvent par de l'indifférence. Sa carapace semble déjà bien solide en contraste avec la fragilité du dedans...

Mon intention, à travers la réalisation de ces mises en situation, n'était pas de montrer à Mike LA manière de réagir, mais plutôt, en utilisant le renversement de rôle, lui montrer d'autres façons de voir et d'exprimer ce que la situation peut faire vivre. Ainsi, à l'inverse de ses réactions d'indifférence apparente, j'ouvre sur les émotions que suscite chez moi cette situation. Je ne sais pas comment Mike a pu intégrer ces moments, mais il trouvait bien drôle le concept de jouer les situations et d'inverser nos rôles par la suite... En même temps, je crois que cette technique a permis d'aborder des sujets importants d'une manière un peu détournée, donc moins menaçante pour lui.

2.4 Au niveau relationnel

Je ne pouvais pas parler du processus thérapeutique fait avec Mike sans aborder le thème des relations. En effet, différents commentaires sur ce sujet me semblent capitaux.

Au début des rencontres, Mike est plutôt passif, c'est-à-dire qu'il parle peu et répond fréquemment par des haussements d'épaules. Lorsque je lui demande ce qu'il a envie de faire, il ne sait pas trop. Au départ, je me sens mal à l'aise face à cet enfant qui ne parle pratiquement pas. J'ai l'impression de combler un vide quand je parle. C'est comme si je parlais trop alors que je dis très peu de mots. Mon malaise vient peut-être du fait que la parole ne semble pas être son mode de communication pour l'instant. Je

ne suis donc pas « accordée³⁰ » à lui et je le ressens. J'ai le sentiment que tout doit passer par l'action, de même pour établir la relation avec lui. Les mots deviennent alors superflus. À un moment où je le sentais en colère, je lui ai proposé de se défouler en jouant à l'épée. Nous nous battons donc avec des épées en plastique et Mike semble beaucoup s'amuser. Je lui reflète que cette activité permet de se défouler et il acquiesce, sans plus. C'est la première fois que je le vois sourire autant. Au moment de ce jeu, j'ai senti que ce n'était que de cette manière que l'alliance pourrait se créer avec lui. J'étais beaucoup plus au diapason de ses besoins à ce moment. Après, il parlait plus facilement. La mise en action a donc eu deux effets ici, soit de renforcer le lien et de libérer un trop plein d'émotions permettant ensuite de pouvoir s'exprimer autrement par la suite, en apprenant de nouveaux comportements.

La relation entre Mike et moi a donc bien changé en cours de route. Au départ, Mike entrait en relation avec moi de manière passive. Il haussait les épaules, répondait le plus rapidement possible et n'osait pas proposer d'activité. De plus, comme je l'ai déjà mentionné, il parlait très peu et j'avais l'impression de combler un vide lorsque je parlais. Graduellement, après avoir mis en action son agressivité à travers des jeux de défoulement, Mike a commencé à mettre des mots sur ce qu'il vivait.

Lors de la troisième rencontre de thérapie, Mike arrive fâché car il aurait mieux aimé faire autre chose et me dit qu'il ne veut plus venir. Pourtant, je sais que nos

³⁰ Processus d'ajustement réciproque entre l'intervenant, l'enfant et la famille (Jourdan-Ionescu, 2001).

rencontres lui apportent tout de même quelque chose. À ce moment, je me sens rejetée lorsqu'il me nomme son désir. Par contre, après un moment dans la séance, Mike est content et il sourit. J'ai l'impression que l'alliance se développe et je ne vis plus ce sentiment de rejet. Il m'arrive fréquemment de ressentir cette ambivalence avec Mike. Lorsque je me questionne sur ce qui m'appartient dans ce qui se passe, je me rends compte que je n'ai habituellement pas ce sentiment de rejet avec d'autres enfants qui s'opposent durant la thérapie. Je décide donc de parler à Mike de mon vécu et de lui demander s'il lui arrive aussi d'avoir parfois la crainte d'être rejeté par une personne et à un autre moment, avec la même personne, sentir qu'on est bien, ce qui amène un sentiment d'ambivalence. Il me répond que oui, avec ses amis, mais lorsque je le questionne si ça arrive aussi dans d'autres situations, comme dans sa famille, il me dit que non. Je ne pousse pas plus loin l'investigation. Cette ambivalence reste présente tout au long du processus, quoique je la sente avec beaucoup moins d'intensité après l'avoir nommée. Elle reste bien présente et se manifeste surtout par son refus de venir et, en même temps, ses tentatives pour prolonger les rencontres au cours desquelles il a du plaisir. Probablement que son impression d'être le problème de la famille n'est pas étranger à cette ambivalence, de même que le fait d'être le seul à être en thérapie (malgré mes nombreuses explications sur les raisons de nos rencontres) et le peu de changements qui surviennent à la maison selon lui, ce qui provoque chez lui une perte d'espoir et de motivation. De plus, Mike se compare de plus en plus à ses pairs et n'aime pas se sentir hors de la norme en venant à l'hôpital pour son suivi.

Par ailleurs, sa façon d'entrer en relation s'est modifiée peu à peu. Après quelques rencontres où je faisais les propositions, il a choisi de jouer au ballon, de sa propre initiative. Au départ, un peu comme le jeu d'épée, le jeu de ballon prenait des allures de confrontation. Mike le lançait très fort, me mettant souvent en échec, puisqu'il m'était impossible de l'attraper. Je deviens probablement ici un objet de transfert lui permettant de liquider une partie de sa colère. Graduellement, le jeu change et se rapproche plus de la coopération. En effet, Mike se tourne maintenant plus vers le panier de basket et nous jouons chacun notre tour. Mike se montre attentionné en ramassant le ballon pour moi lorsqu'il est hors de ma portée. Pour la première fois, lors d'une des dernières séances, Mike s'intéresse au bac à sable. Il met en scène un jeu de guerre entre deux armées. Il s'agit de combats incessants entre deux adversaires qui, au bout du compte, ne meurent jamais. Il n'y a pas vraiment de bons ou de méchants, mais seulement des affrontements. Je ne lui interprète pas son jeu puisqu'il s'agit de la première fois qu'il fait une mise en scène de ce type. Ce qui semble être prédominant, c'est l'absence de résolution. Les combats sont remportés tantôt par l'un, tantôt par l'autre, et pourraient se poursuivre sans fin. On pourrait presque transposer son jeu à ce qu'il rapporte de ce qu'il vit : des chicanes fréquentes, où personne ne gagne, mais où tout le monde se blesse au passage. Les solutions ne fonctionnent pas et Mike perd espoir, ce qui fait que la situation se perpétue.

À la fin de la thérapie, Mike transpose une activité à ses relations sociales. En effet, il m'apporte un œuf de plastique qui s'ouvre et, à l'intérieur, on y retrouve

plusieurs bouts de papier sur lesquels sont inscrits des petits mots doux. Il s'agit un peu du même principe utilisé pour les mises en situation, où Mike devait piger dans le sac et était toujours bien curieux de voir ce qu'il en sortirait. Il m'explique qu'il s'est fait une copine et que c'est un jeu qu'il fait avec elle : elle doit piger des petits mots dans l'œuf. Mike semble donc se montrer sous un autre jour avec cette amie. Par ailleurs, son attitude ne semble pas vraiment avoir changé avec sa mère. En effet, à chaque fin de séance, alors qu'il indique sur la feuille des humeurs qu'il est content ou heureux et qu'il dessine un sourire, en sortant rejoindre sa mère, il retrouve son visage neutre. Il ne semble pas vouloir afficher à sa mère l'humeur qu'il a en cours de rencontre. Il est vrai que d'avoir une humeur positive est dissonant avec son refus de venir, opposition qui semble être en lien avec le fait qu'il soit identifié comme problématique, ce qui fait qu'il ne peut pas vraiment la montrer.

2.5 Description du contenu des séances

Le Tableau 7 présente une synthèse de ce qui s'est passé dans chacune des séances avec Mike. Vous y retrouverez la source des éléments explicités plus haut avec une synthèse des points importants.

Tableau 7

Synthèse du contenu de l'ensemble des séances avec Mike

Séances	Séquences*	Faits saillants	Interprétations
1	Routine du début : Humeur neutre et difficulté à la nommer. Accepte de décorer son cahier et difficulté à se trouver des bons coups.	Mike est peu expressif. Il répond aux questions et fait ce qui lui est demandé.	Début de la relation dans un contexte autre que l'évaluation. Mike se place en position d'exécuter ce qui lui est demandé.
	Activités non-structurées : Abordons la possibilité qu'un camp d'été lui soit offert.	Il ne parle pas de manière spontanée au cours de la rencontre.	Il réagit bien à une situation nouvelle où il est mis en action (mises en situation).
	Routine de la fin : Bonne participation aux mises en situation et heureux à la fin.	Il se montre anxieux à l'idée de partir seul loin de chez lui, mais tout de même content. Mike trouve drôle le fait de changer de rôle avec moi en mise en situation.	
2	Routine du début : Se dit heureux à son arrivée. Difficulté à se trouver des bons coups. Incapacité à en nommer qui concerne la maison.	Mike dit ne pas trop savoir ce qu'il a. Abordons problématique TDAH et médication à travers la lecture du livre <i>Mon cerveau a besoin de lunettes</i> . Mike se reconnaît.	Bonne capacité à reconnaître ses difficultés. Établissement du lien, Mike me confie spontanément des éléments de sa vie.
	Activités non-structurées : Lecture d'un livre sur le TDAH et contrat thérapeutique avec Mike.	Établissement du contrat : il vient ici pour apprendre à voir ses qualités et ses forces, ce qu'il accepte.	
	Routine de la fin : Bonne participation aux mises en situation, réagit à l'inversion et rit car je mets beaucoup d'expression dans ma réaction. Il se dit content à la fin.	Me parle spontanément d'un sujet pour la première fois.	

* : La routine du début se réfère à l'identification de l'humeur à l'arrivée et au cahier des bons coups. Les activités non-structurées font référence au moment où Mike a le choix des activités. La routine de la fin consiste à faire les mises en situations et à évaluer l'humeur avec laquelle il repart.

Tableau 7 (suite)
Synthèse du contenu de l'ensemble des séances avec Mike

Séances	Séquences*	Faits saillants	Interprétations
3	Routine du début : Malheureux à son arrivée. Difficulté avec les bons coups. Je dois lui en nommer.	Se dévalorise au moment du cahier des bons coups et dit qu'il ne fait rien de bon.	Estime de soi très atteinte. Transfert d'agressivité sur moi et plaisir à être le plus fort. Passivité dans la relation, semble aussi être ambivalent dans son investissement. TDAH ressort avec les difficultés temporelles et à se souvenir de la dernière rencontre (contrat). Certains symptômes dépressifs sont notés, mais perte d'appétit peut aussi être en lien avec médication. Référé au médecin pour cet aspect.
	Activités non-structurées : jeu d'épée (défoulement), retour sur notre entente.	Beaucoup de défoulement lors du jeu d'épée. Il rit beaucoup lorsqu'il m'atteint.	
	Routine de la fin : Bonne participation aux mises en situation, sa capacité d'affirmation est félicitée pour une des situations. Heureux à la fin.	Ne se souvient plus de notre entente. Désorienté dans le temps. Confirme être souvent triste. Peu d'appétit. Le sommeil est normal. Pas d'initiative pour activité libre, le jeu est proposé par moi.	
4	Routine du début : Heureux à son arrivée. Se souvient du défi donné pour le cahier des bons coups, bonne participation.	Pour la première fois, il écrit dans son cahier. Difficile de trouver des bons coups par rapport à la maison. La situation change peu à la maison.	Mike s'investit plus dans son cheminement. Mike tend à s'opposer à la maison. Il recherche le contrôle des situations où il est confronté à une demande qui le dérange. Le vécu émotif lié à son père est difficile à aborder pour Mike. Il nomme ce que sa mère pense plus que ce qu'il vit.
	Activités non-structurées : Discussion sur le rencontre que j'ai eu avec ses parents, abordons son vécu par rapport à son père.	Mike décide de donner un peu de temps à ses parents afin de voir s'ils changeront des choses.	
	Routine de la fin : Les mises en situation servent de prise pour une discussion sur sa recherche de contrôle à la maison. Heureux à son départ.	Désorienté dans le temps lorsque je lui demande la date. Cherche à savoir si je connais son copain qui prend du ritatin. Fermé par rapport aux sentiments qu'il vit face à son père. Proposition de lui écrire une lettre.	

Tableau 7 (suite)
Synthèse du contenu de l'ensemble des séances avec Mike

Séances	Séquences*	Faits saillants	Interprétations
5	Routine du début : Heureux à son arrivée. Trouve beaucoup de bons coups sans aide. Rappel du but de l'exercice.	Initie une activité pour la première fois (jeu de compétition au ballon). Plus souriant.	La relation est plus installée et Mike transforme graduellement sa manière d'interagir avec moi. Son état émotif peut peut-être varier du fait qu'il n'est pas avec sa mère, avec qui il a une relation plutôt conflictuelle. TDAH ressort, je dois m'adapter et faire questions et commentaires courts et clairs. Mike cherche à se normaliser par rapport à sa problématique.
	Activités non-structurées : jeu de ballon, discussion sur la rencontre familiale avec le pédopsychiatre qui a eu lieu hier.	C'est le conjoint de sa mère qui l'accompagne, contrairement à d'habitude, où c'est sa mère. Rencontre avec le pédopsychiatre a eu l'effet de lui faire voir qu'il n'est pas le seul à avoir des problèmes.	
	Routine de la fin : Bonne participation aux mises en situation, résout bien les deux situations. Repart heureux.	Je lui nomme mon impression qu'il est ambivalent à venir à nos rencontres, ce qu'il confirme. Vit également ce sentiment avec ses amis. Moments d'inattention. Nomme qu'il n'est pas le seul de sa classe à prendre du ritalin.	

Tableau 7 (suite)
Synthèse du contenu de l'ensemble des séances avec Mike

Séances	Séquences*	Faits saillants	Interprétations
6	Routine du début : Malheureux au départ (devait jouer avec un ami). Se trouve plusieurs bons coups dont quelques uns par rapport à la famille.	Ouvre sur son père : lui écrit une lettre. Il cherche à vérifier s'il l'a abandonné.	Mike est plus prêt à ouvrir sur ses sentiments à l'intérieur de notre relation. Il est également plus capable de nommer ce qu'il vit à sa mère, même si c'est maladroitement. Transfert d'agressivité, qu'il peut évacuer au cours de la rencontre. Mike prend conscience de ce que les autres pensent de lui. La mère a maintenant accès à la souffrance de Mike. La colère de Mike est tournée vers les personnes significatives de son entourage.
	Activités non-structurées : jeu de ballon, lettre à son père, exploration de ses émotions face à ses relations familiales et sociales.	Ses relations sociales sont difficiles car il cherche à contrôler. Beaucoup de colère vécue dans la famille. Tensions avec la mère. Jeu de ballon où Mike se défoule beaucoup.	
	Routine de la fin : Bonne participation, content à la fin.	La mère me rapporte que Mike lui dit qu'il la hait et hait ses frères, veut changer de famille. S'ouvre à elle. Il lui parle de son père et du fait qu'il a peur de faire rire de lui à l'école.	
7	Routine du début : Heureux à son arrivée.	Défi donné pour le cahier des bons coups, en trouver un à la maison.	Mike retient en lui beaucoup de violence. L'opposition et la recherche de contrôle sont en partie dus à un manque d'encadrement clair et constant. Un conflit de loyauté et une crainte de l'abandon sont présents chez Mike. La mère peut l'aider dans cet aspect en ne dénigrant pas le père. Relation mère-fils conflictuelle.
	Activités non-structurées : Dessin au tableau, rencontre avec sa mère.	Dessin de Frankenstein au tableau, avec un bras et une jambe coupés et ensanglantés.	
	Routine de la fin : Bonne participation à la mise en situation. Repart heureux.	Selon la mère, Mike est très mal poli à la maison, très opposant et recherche le contrôle. Mike confirme qu'il aime «bosser». La mère se rend compte que le contrôle lui est laissé. Difficulté importante à maintenir les règles. Discutons de ce que peut ressentir Mike par rapport à son père.	

Tableau 7 (suite)
Synthèse du contenu de l'ensemble des séances avec Mike

Séances	Séquences*	Faits saillants	Interprétations
8	<p>Routine du début : Fâché à son arrivée. Ne faisons pas le cahier des bons coups.</p> <p>Activités non-structurées : Discussion sur la situation qui fait qu'il arrive dans cet état.</p> <p>Routine de la fin : Ne faisons pas les mises en situation. Fâché à son départ.</p>	<p>Mike arrive très fâché contre sa mère car elle l'a puni pour être en retard avant de s'en venir. Il dit qu'il ne l'aime pas et dit qu'elle donne des punitions trop grosses pour ce qu'il fait. Il dit vouloir «déménager de famille».</p> <p>Beaucoup de colère.</p> <p>Mike dit que sa situation ne changera jamais.</p>	<p>Incapacité à accomplir les routines habituelles en raison de son état affectif, n'accepte même pas les activités de défoulement.</p> <p>Sentiment d'impuissance important, perte d'espoir face à la possibilité que la situation change.</p> <p>Relation avec la mère conflictuelle.</p> <p>Escalades de colère car Mike fait comme si les conséquences ne le dérangent pas.</p>

Tableau 7 (suite)
Synthèse du contenu de l'ensemble des séances avec Mike

Séances	Séquences*	Faits saillants	Interprétations
9	Routine du début : Se dit normal au départ. Se traite de «pas bon» lors du cahier des bons coups. Il dit qu'il rapporte toujours la même chose.	Se dévalorise au moment du cahier des bons coups. Jeu de ballon : faisons jeu de basket, il se montre serviable en ramassant le ballon pour moi, ce que je lui nomme comme bon coup.	Mike se rend compte de sa difficulté à se trouver de nouveaux bons coups, ce qui semble le décourager.
	Activités non-structurées : jeu de ballon, discussions sur la visite chez son père et sur nos rencontres.	Ne veut plus venir, ne se souvient pas du but de nos rencontres, qui doit lui être rappelé. L'important est qu'il apprenne qu'il n'est pas un mauvais enfant, qu'il a des bons côtés qu'il a de la difficulté à voir. Ce lieu lui sert également d'endroit où il peut exprimer ce qu'il ressent. Nous nous entendons pour une autre rencontre, puis il verra le pédopsychiatre et nous ferons le point par la suite.	La relation avec moi change, il est serviable ne montre pas de transfert d'agressivité à mon endroit aujourd'hui.
	Routine de la fin : Bonne participation aux mises en situation. Repart heureux.	Mike nomme qu'il aime être aux rendez-vous, mais s'en venir est difficile puisque source de chicane car sa mère lui dit sans cesse qu'ils vont être en retard, ce que Mike ne voit pas. Visite chez le père positive.	La propension de Mike à vivre le moment présent sans planification du temps et des autres obligations est en lien avec son TDAH. Cet élément semble aussi être source de conflit à la maison, ce qui est illustré ici par les chicanes pour s'en venir au rendez-vous. Le fait qu'il oublie le but de nos rencontres peut également être lié au TDAH. Dans sa relation avec son père, Mike semble soulagé de voir qu'il n'est pas abandonné. Il a pu vivre du plaisir avec lui.

Tableau 7 (suite)
Synthèse du contenu de l'ensemble des séances avec Mike

Séances	Séquences*	Faits saillants	Interprétations
10	Routine du début : Se dit d'une humeur normale à son arrivée. Au moment de faire le cahier, il dit que c'est toujours pareil. Je dois lui rappeler la consigne de l'activité.	Mike dit devenir en colère très vite et explose après seulement deux minutes. Lors du jeu de bataille qu'il a initié, Mike confronte des bons et des méchants, mais pas en terme de gagnants ou perdants. Ils font plutôt des affrontements incessants.	L'impulsivité liée au TDAH ressort dans les manifestations de colère de Mike. Il perd vite le contrôle. Les conflits sont difficiles à régler pour Mike. Il ne semble pas voir de solutions de sorte que les rivalités ne cessent pas et que la situation tourne en rond.
	Activités non-structurées : Jeu de bataille dans le bac à sable. Abordons la colère à l'aide d'une image.		
	Routine de la fin : Mises en situation non faites en raison d'un manque de temps. Heureux à la fin.		
11	Routine du début : Se dit normal à son arrivée, même si semble content. Cahier des bons coups n'est pas fait car bilan.	Vient avec le conjoint de sa mère. Impression qu'il est le problème car seul à venir consulter. Racadrage sur la situation familiale : tout le monde à son bout à faire. Parle plus que d'habitude. Veut passer sa 5 ^e année chez son père. A amené un œuf qui sert à faire piger des petits mots à sa copine, qui s'appelle comme moi. Vérifie s'il ira au camp d'été même s'il ne vient plus me voir. Sa mère lui a dit que non. Se compare beaucoup à ses pairs. Ne veut plus venir, aurait autre chose à faire, mais cherche à prolonger la séance.	Message contradictoire : impression que problème de la famille, entend que ce n'est pas le cas, mais il est le seul à venir en individuel. Il y a peut-être un message implicite à la maison sur nos rencontres. Désir de normalisation face à ses pairs. Capacité de transposer une activité relationnelle que nous faisons dans sa vie quotidienne. Aller vivre chez le père est vu comme une solution magique. Ambivalence face à nos rencontres.
	Activités non-structurées : bilan.		
	Routine de la fin : Pas de mises en situation car bilan. Heureux à son départ.		

Tableau 7 (suite)
Synthèse du contenu de l'ensemble des séances avec Mike

Séances	Séquences*	Faits saillants	Interprétations
12	Routine du début : Normal à son arrivée. Cahier des bons coups n'a pas été fait vu que dernière rencontre.	Refus des dessins de l'évaluation, car dit qu'ils seront pareils aux premiers. Dessin libre où il représente les tatous qu'il voudrait (comme son père). Désir d'aller vivre chez son père. Dit que sa mère ne fait pas ce qu'elle dit (incohérence dans les conséquences préalablement entendues). Je lui nomme les éléments à retenir : Il n'est pas le problème de la famille et sa famille a encore besoin d'aide. Il a des qualités, ce n'est pas un mauvais garçon (remise du cahier pour s'en souvenir). Il existe des gens autour de lui qui peuvent le supporter. Mike demande qu'on fasse un jeu de collaboration : monter la piste de course ensemble. Il cherche à étirer la séance.	Mike nomme bien les incohérences qu'il vit à la maison. Solution magique d'aller chez son père reste présente. Je tente de donner à Mike un ancrage pour se rappeler de ce que la thérapie lui apportait. Relation de collaboration. Ambivalence, m'amène un sentiment de quelque chose d'inachevé.
	Activités non-structurées : Évaluation, bilan et jeu de pistes de course.		
	Routine de la fin : Pas de mise en situation. Heureux à son départ.		

Les éléments liés au TDAH présentés par Mike affectent clairement le déroulement de la thérapie. Il ne se souvient pas nécessairement du pourquoi des exercices proposés d'une fois à l'autre, ce qui fait que les buts doivent fréquemment être rappelés. De plus, il peut parfois être inattentif, m'obligeant à raccourcir ce que j'ai à lui dire.

Il ressort également de cette synthèse que l'humeur de Mike influence le déroulement. Ainsi, il semble être mieux en mesure de s'impliquer pleinement lorsqu'il est reconduit par le conjoint de sa mère, avec lequel il ne semble pas trop avoir de conflit pour venir à nos rencontres. Lors de la huitième séance, suite à une chicane avec sa mère, il n'arrive même pas à exécuter les routines habituelles. Cette colère intense a pour effet de paralyser son cheminement. Par ailleurs, il arrive également qu'il soit plutôt malheureux, mais cet état n'entrave pas le processus thérapeutique, au contraire, puisque sa souffrance est alors accessible. C'est ce qui se passe à la sixième rencontre, où il ouvre sur la situation avec son père.

À travers le tableau, on peut bien voir la progression relationnelle telle qu'abordée au point 2.4. En effet, Mike est tout d'abord dans une position de passivité dans la relation, haussant les épaules et exécutant ce que je lui propose. Il arrive ensuite à prendre quelques initiatives, comme de proposer lui-même un jeu de ballon. Lorsqu'il commence à être plus en interaction avec moi plutôt que simplement passif, on remarque un transfert d'agressivité à travers les jeux (épée ou ballon). Par la suite, notre

relation évolue et il y a l'établissement d'une certaine compétition. En effet, Mike veut jouer au basket en comptant les points. Par la suite, vers la fin de la thérapie, la relation est plus de coopération, alors qu'il souhaite qu'on assemble la piste de course ensemble.

Certaines observations concernent les relations aux parents. Tout d'abord, la relation que Mike a avec sa mère tend à être conflictuelle. Elle est ponctuée d'escalades de colère et Mike se plaint du fait que sa mère n'est pas cohérente au plan des règles. Bien que cet aspect ait été travaillé avec elle, Mike ne note pas de changement et perd espoir que sa situation s'améliore à la maison. Par ailleurs, Mike arrive à faire un cheminement par rapport à son père en cours de thérapie. Au départ plutôt fermé sur le sujet, il finit par s'ouvrir et écrit une lettre à son père, ce qui porte fruit. Les contacts sont repris, ce qui doit soulager la crainte de Mike d'être abandonné par son père. Il en vient aussi à voir comme une solution magique l'idée de déménager chez son père. De plus, le conflit de loyauté que Mike peut vivre par rapport à son investissement auprès du conjoint de sa mère a également été abordé. Vers la fin des rencontres, Mike semblait vivre une relation positive avec cet homme.

L'ambivalence est un aspect qui ressort particulièrement dans le contenu de la synthèse. En effet, il semble que Mike n'a pas pu s'investir complètement dans le processus thérapeutique. Bien qu'il semble en retirer quelque chose de positif (il repartait, sauf exception, de bonne humeur), son impression d'être identifié comme le problème de la famille est restée malgré les interventions. La contradiction que cette

situation lui faisait vivre peut être un des facteurs qui participent à son ambivalence, que l'on peut voir à travers son refus de venir, mais en même temps son désir fréquent d'allonger les séances. Au plan du contre-transfert, cette situation m'a fait vivre un sentiment d'inachèvement du processus en fin de thérapie, en raison d'un investissement partiel de la part de Mike.

2.6 Résumé de l'évolution en fonction des objectifs

Tel que vu, le développement de deux facteurs de protection était visé dans le suivi thérapeutique avec Mike. Premièrement, l'amélioration de l'estime de soi était un but important. Des petits pas ont été faits en ce sens, mais sont à consolider et le travail reste à poursuivre. À ce propos, les résultats à l'*Inventaire de Coopersmith*, administré au moment de l'évaluation, puis suite au suivi, montrent paradoxalement une diminution de l'estime de soi. En effet, lors de la première passation, les résultats obtenus indiquaient une estime de soi dans la zone de la moyenne inférieure pour toutes les sphères explorées. Au moment de la réévaluation, les résultats de Mike le plaçaient sous la moyenne pour l'ensemble des sphères, sauf au plan scolaire. Le Tableau 8 présente les résultats bruts des deux évaluations ainsi que la comparaison à la moyenne. Le facteur concernant l'estime de soi sociale est le plus dramatiquement touché, se retrouvant sous la barre de la note limite, qui représente une estime très basse (10% de la population) (Coopersmith, 1984).

Tableau 8

Résultats de Mike à l'*Inventaire de Coopersmith* selon les différentes sphères et facteurs

Estime de soi		Générale	Familiale	Scolaire	Sociale	Échelle de mensonge	Facteur I*	Facteur II**	Facteur III***
Pré-test	Scores bruts	15	3	5	4	1	6	8	4
	Position / moyenne****	=/-	=/-	=	=/-	=/-	=/-	=/-	-/=
Post-test	Scores bruts	8	0	4	2	3	3	1	3
	Position / moyenne	-	-	=	-	=	-	- note limite	-

*Facteur I : estime de soi familiale

**Facteur II : estime de soi sociale

***Facteur III : Estime de soi par rapport à la réussite scolaire

****Position relative par rapport à la moyenne (dans la moyenne : =, moyenne inférieure : =/-, limite inférieure de la moyenne : -/=, sous la moyenne : -, note limite : moins de 10% de la population)

L'hypothèse qui pourrait expliquer ces résultats est que Mike, en cours de suivi, est devenu de plus en plus sensible à la perception d'autrui sur lui en étant plus conscient de lui-même. Ceci implique qu'il est plus porté à se comparer aux autres et désire faire partie de la norme. Tel que vu précédemment, c'est vers sept ou huit ans que l'enfant commence à s'auto évaluer et que sa vision s'élargie sur ce que sont et font les autres. Le «juge intérieur» de Mike a pu devenir plus critique à son égard, un peu à retardement en fonction des barèmes d'âge en raison du TDAH. C'est ainsi que Mike a pu mesurer sa propre situation par rapport aux autres, ce qui a participé à la chute de son estime. Malheureusement, les dessins réalisés au départ n'ont pu être comparés puisque Mike a

refusé de faire des dessins à partir des mêmes consignes lors de notre dernière rencontre, prétextant qu'ils seraient identiques. Les derniers commentaires de son entourage signifient que l'aspect de l'estime demeure problématique. Par ailleurs, l'évolution par rapport aux activités reliées à l'estime en cours de thérapie indique des prémisses prometteuses qui méritent d'être encouragées par la poursuite des efforts pour stimuler l'estime de soi chez Mike.

Le travail concernant le facteur «amélioration des habiletés relationnelles» a porté fruit. Mike a pu apprendre à modifier sa manière d'être en relation. Tel que mentionné précédemment, Mike ne choisissait pas de jeux et était plutôt passif dans la relation. Graduellement, il prend l'initiative et propose des activités. En plus des jeux de compétition, il cherche de plus en plus à agir en coopération avec moi. Il a même reproduit une activité dans sa relation avec sa copine, qui s'appelait Emilie, tout comme moi. Le prénom semblable aidant, Mike a pu faire une transposition d'une activité qu'il appréciait dans un contexte autre que la thérapie. Reste à voir s'il pourra continuer à généraliser ses apprentissages et les comportements nouveaux qu'il a pu expérimenter dans sa vie quotidienne, ce qui pourrait aussi contribuer à améliorer la relation parent – enfant.

Mike a eu l'occasion d'exprimer sa colère et son agressivité en cours de thérapie et il a pu, par la suite, apprendre à exprimer son vécu autrement, soit à travers des mots ou même en l'écrivant pour pouvoir ensuite mieux en parler. Il s'est peu à peu ouvert en

donnant plus accès à son vécu intérieur à son entourage, ce qui est positif quoique difficile. Concernant la gestion de la colère, ce thème a été abordé au cours d'une rencontre sous l'angle des méthodes pour mieux la gérer, mais n'a pas constitué un objectif prioritaire.

Et c'est ainsi que Mike s'en va, sans que je sache trop comment il vit la fin de thérapie... Il ne voulait plus venir, mais ne voulait plus repartir lors de notre dernière rencontre. Il avait décidé que nous monterions une piste de course ensemble et, lorsque nous sommes finalement sortis de la salle après y avoir joué, il est parti sans dire au revoir, passant à autre chose, comme à son habitude. À cet instant présent, il se disait heureux.

3. Avec les parents

3.1 Groupe de parents : recréer l'harmonie familiale

Afin d'outiller les parents pour faire face au défi de vivre avec un enfant ayant un TDAH et de l'éduquer, la participation à un groupe de parents a été proposé à la mère de Mike et à son conjoint. Ils pourraient y acquérir de nouvelles connaissances et méthodes sur différents thèmes, se familiariser sur la problématique et échanger sur leur vécu avec des parents vivant la même chose qu'eux. Vous retrouverez dans cette section un bilan de leur évolution dans le groupe tel que perçu par les animatrices, ainsi que leurs points forts et à améliorer en fin de processus.

Au moment de la première réunion de groupe, la mère avait une attitude plutôt retirée. Dès la deuxième rencontre, elle a fait preuve d'intérêt et ce, jusqu'à la fin des rencontres. Par ailleurs, il lui est arrivé de se montrer sous un jour plutôt défaitiste, remettant en question les outils enseignés. Son niveau de participation a constamment augmenté lors des trois premières rencontres. Madame C. a ensuite toujours beaucoup participé aux activités, s'ouvrant sur son propre vécu. Il faut dire aussi qu'elle a vite créé une alliance avec une autre participante avec laquelle elle interagissait beaucoup.

Au plan de la réalisation des défis, tâches de mise en application qui sont données chaque semaine, madame C. présente des difficultés. Très peu sont réalisées à

la maison. Lors de la cinquième rencontre, madame C. rapporte avoir mis en pratique un défi donné à la deuxième réunion, soit de prendre un temps pour elle, de même que la mise en place d'une petite échelle de tolérance à la maison, qui sert à voir l'état de disponibilité affective de chacun des membres de la famille. L'application de ce dernier outil n'a pas perduré dans le temps. Des difficultés de généralisation des apprentissages au vécu familial sont donc présentes et reconnues par madame C., qui prend également conscience des efforts et du travail nécessaires au changement. Par rapport à ce changement escompté, elle semble craindre les conséquences qu'il pourrait engendrer; elle semble avoir peur que des crises surviennent.

Au moment de la présentation de la problématique menant à une réflexion sur le vécu de leur enfant, madame C. se reconnaît dans ce qu'est son fils. Par ailleurs, sa perception de ce dernier, qu'elle semble voir comme un enfant opposant et peu motivé, ne change pas au fil des rencontres. De plus, elle se sent menacée ou attaquée par les comportements de son fils, mais elle prend de plus en plus conscience de l'importance de récupérer la situation conflictuelle avec l'enfant suite à une crise.

Suite au processus de groupe, madame C. rapporte qu'elle et son conjoint se parlent d'avantage par rapport à leurs interventions. De plus, elle prend maintenant le temps de passer une quinzaine de minutes avec chacun de ses enfants, ce qui est un changement très positif favorisant la relation parent – enfant. Par ailleurs, quelques points lui sont soulignés comme étant à poursuivre. Premièrement, il lui serait profitable

de se faire plus confiance dans son rôle de mère. En effet, ses interventions passeraient beaucoup mieux si elle était convaincue qu'elles sont bien fondées. Un aspect important à surveiller pour elle est la constance qu'elle met dans ses interventions. Il est essentiel, lors de la mise en place de nouvelles méthodes, qu'elles soient maintenues et que les règles restent stables d'une situation à l'autre, aspect dont il a déjà été question dans cet essai. Il lui est également suggéré de tenter le plus possible de «faire un» avec son conjoint, afin d'assurer la cohérence de l'éducation. Finalement, il lui est proposé de se donner de petits défis, car elle risque de ne pas passer à l'action si elle perçoit que les changements à faire sont trop grands. Les modifications seront également mieux acceptées si elles sont apportées graduellement. De plus, vivre de petites réussites par rapport à ces défis renforce la belle motivation qu'elle a déjà et les prises de conscience qu'elle arrive à faire lui permettent de bien cerner ce qu'il y a à faire, donc, où concentrer son énergie. Finalement, l'importance qu'elle accorde aux activités familiales est un plus, surtout si elles se déroulent dans une ambiance de plaisir, ce qui peut favoriser les liens familiaux et ainsi faciliter les changements souhaités.

Concernant le cheminement du conjoint de madame C. au sein du groupe, il s'est généralement montré intéressé lors des rencontres. Certains thèmes semblent l'avoir touché plus particulièrement au niveau émotif, soit les réflexions portant sur le bagage personnel ainsi que sur la colère. Globalement, il a bien participé aux rencontres et sa compréhension du matériel apporté semblait adéquate, quoique parfois difficile à évaluer

étant donné le fait qu'il était le plus souvent silencieux et réflexif par rapport aux thèmes abordés.

La mise en pratique des outils suggérés à travers les défis proposés n'a pas été réalisée par monsieur R. À l'instar de sa conjointe, il voit Mike comme un enfant opposant et peu motivé. De plus, il semble avoir de la difficulté à faire la différence entre ce vouloir de Mike et son pouvoir, influencé par les caractéristiques liées au TDAH. Il se rend compte que le comportement de Mike vient souvent l'interpeller directement dans ses zones de colère et qu'il est constamment en réaction face à l'enfant. Par ailleurs, il présente une belle capacité de discuter après coup des situations conflictuelles avec Mike. De la même manière que sa conjointe, il a à porter attention à sa constance dans ses interventions et à s'assurer de «faire un » avec elle sur les positions éducatives qu'ils choisissent.

Au plan de son vécu personnel face à Mike, il serait aidant pour lui d'apprendre à prendre une distance face aux comportements provocateurs de ce dernier afin de se sentir moins menacé par ces agissements. Sur un plan positif, il lui est souligné qu'il présente une belle sensibilité face aux besoins des enfants et qu'il fait preuve d'une bonne implication et disponibilité affective avec Mike, même s'il n'est pas son père biologique.

3.2 Autres interventions

Les parents furent rencontrés dans le cadre du suivi thérapeutique de Mike. Ce qui est vu comme difficultés chez Mike leur est expliqué. À ce moment, un des aspects majeurs discuté avec eux est la perception qu'ils ont du garçon. Il est vu comme étant un modèle négatif qui fait que ses frères vont vers le mauvais chemin, et porte, en quelque sorte, l'ensemble du négatif de la famille, responsabilité lourde pour un enfant de son âge. Il existe un principe en psychologie sociale, l'effet Pygmalion (Rosenthal, 1971), qui stipule que l'on a tendance à se développer en fonction de la manière dont on nous voit. Les perceptions négatives ou positives influencent effectivement le comportement du jeune, qui agira de façon à confirmer les attentes à son égard. Cet effet rend aussi compte de la manière d'agir avec cet enfant, teintée de la perception que l'on a de lui. Par exemple, un enfant qui fait des «mauvais coups» risque d'être imputé immédiatement d'un acte malveillant alors qu'il n'en est pas le coupable. Être constamment vu comme un méchant peut amener à le devenir et à donner raison à l'adulte en posant des gestes allant dans le sens de cette perception (Habimana, 1999). Monsieur R. dit comprendre qu'ils doivent modifier leur attitude par rapport à Mike, ce qu'il exprime à sa conjointe. Par ailleurs, il semble qu'il soit difficile pour eux de transformer cette prise de conscience en actions concrètes.

Leur propension à réagir de manière émotive aux situations conflictuelles a également été explorée. Avec la mère, l'aspect du contrôle que Mike a à la maison a été mis en relief de manière à voir qu'un certain pouvoir lui a été donné à un moment, ce qui fait qu'il agit ainsi. Les rôles doivent être recadrés afin qu'il ne gère pas les situations qui doivent l'être par ses parents.

Deux services complémentaires ont été ajoutés en cours de route. Compte tenu de la difficulté des parents de mettre en action les apprentissages réalisés, un service d'éducatrice en milieu naturel leur avait été proposé. Ces interventions n'ont pas eu lieu, les parents n'ayant pas donné suite aux appels de cette ressource. De plus, pour aider les parents à prendre du temps pour leur couple, ils ont eu accès à des fonds pour du répit. Cette subvention n'avait pas encore été utilisée au moment de la fin de la thérapie avec Mike.

Lors de la dernière rencontre de bilan, réalisée conjointement avec le pédopsychiatre, les thèmes importants sont repris, tels les règles à la maison, l'importance de la cohérence entre les parents et de la stabilité des règles dans le temps. Les parents ont encore du chemin à faire par rapport à ces buts, mais y semblent davantage sensibilisés. Par ailleurs, le thème de l'estime de soi est contesté par la mère, qui a assisté à une conférence où on mentionnait que cela n'était pas important chez l'enfant, le cadre réglementaire étant prioritaire dans le but d'amener l'enfant vers l'obéissance. Elle semble avoir été attirée par cette manière de voir, qui était peut-être

plus en accord avec ses besoins immédiats, soit de se faire respecter par ses enfants et qu'ils apprennent à suivre les règles. Pour sa part, monsieur R. considère que Mike ne voit pas encore assez ses qualités.

3.3 Résumé de l'évolution en fonction des objectifs

Les objectifs fixés par rapport aux parents de Mike n'ont pas été atteints complètement. Par ailleurs, le travail fait avec eux dans ce sens semble leur avoir permis d'entamer le processus et d'entreprendre quelques changements dans la bonne voie.

Par exemple, madame C. a commencé à coucher ses enfants à des heures différentes, ce qui lui permet de passer un peu de temps seule avec chacun d'eux à ce moment, favorisant ainsi la relation et la communication.

Le fonctionnement familial, bien qu'amélioré, comporte encore quelques points faibles, comme la cohérence entre les parents qui est difficile à atteindre. Au niveau des règles, Mike est maintenant averti d'avance des conséquences possibles de leur non respect. La charge émotionnelle devant un comportement inadéquat reste tout de même importante, ce qui entraîne des réactions disproportionnées, vu l'impression des parents d'être attaqués personnellement lors de ces moments. Les règles devenaient tranquillement plus stables vers la fin du processus, ce qui entraînait une réaction de Mike, tout a fait normale par ailleurs, qui devrait s'estomper peu à peu. Sa relation avec

l'autorité devrait s'en trouver modifiée. Ainsi, les parents sont sur la bonne voie et doivent poursuivre dans le même sens s'ils veulent atteindre leur objectif de développer un climat familial plus harmonieux.

D. Discussion

Le récit du processus thérapeutique présenté illustre le modèle d'intervention construit à partir de cette situation spécifique. Celui-ci part de l'estime de soi comme levier d'intervention, est réalisé dans la philosophie de l'intervention multimodale et en tentant le plus possible d'intégrer les connaissances de pointe dans le domaine. Le but était de suivre l'impression subjective que l'estime de soi est un facteur à ne pas négliger dans l'intervention avec un enfant ayant un TDAH, d'expérimenter un suivi dans ce sens en utilisant des outils provenant de la littérature, pour ensuite dégager certains points de réflexion sur ce thème, qui auront été suscités par cette expérience thérapeutique. Cette partie contiendra donc le fruit de cette réflexion, en plus de remarques sur le déroulement du processus en lien avec les éléments relevés dans la littérature, des retombées possibles des connaissances qui en sont tirées ainsi que les forces et faiblesses de cet essai.

1. Remarques sur le processus en lien avec la littérature

Premièrement, quelques constatations concernant les caractéristiques du TDAH exposées dans le contexte théorique sont de mise. Comme le dit Barkley (1997), une des difficultés importantes liée au TDAH est «l'autorégulation des émotions», c'est-à-dire la capacité d'inhiber la réponse première afin d'en fournir une plus adéquate. La mère de

Mike se retrouve beaucoup dans la description du TDAH, ce qui n'est pas étonnant puisqu'une majorité des enfants atteints de ce trouble ont un parent également porteur (Dubois, 2005). Il existe donc une probabilité qu'elle présente un TDAH non diagnostiqué. C'est donc dire qu'il est possiblement difficile pour elle de montrer à son fils comment arriver à mieux gérer ses émotions et contrôler les réponses qu'il donne sous le coup de l'émotion puisqu'elle a elle-même de la difficulté à le faire.

Comme on a pu le voir dans le récit du processus thérapeutique, Mike a tendance à vivre dans le moment présent, ce qui concorde avec la «myopie de l'avenir», terme proposé par Barkley et Wilem (2005) pour expliquer les difficultés de gestion du temps et de retardement des gratifications liées au TDAH. Ainsi, il est arrivé que Mike ne veuille pas venir à son rendez-vous puisqu'un ami l'avait invité à jouer après l'école. Son plaisir immédiat était donc de jouer avec son copain. Une manière d'éviter cette situation est de veiller à une bonne organisation du temps. Toute la famille bénéficierait certainement de ce changement, puisqu'une bonne planification du temps permet d'être moins «débordé». En effet, il est arrivé aux parents d'oublier certains rendez-vous. Peut-être que d'avoir un calendrier affiché à la maison, dans un endroit à la vue de tous, permettrait de voir la planification de la semaine et ainsi de s'organiser en conséquence. Ce détail n'a malheureusement pas été proposé aux parents pour les rencontres avec Mike. Ce dernier aurait ainsi pu être au courant d'avance et, même si cela peut être décevant de ne pas pouvoir aller jouer chez le copain en question, savoir qu'il a un rendez-vous permet de se préparer en conséquence.

Les résultats, ou les changements, concernant l'estime de soi de Mike ne font que commencer à la fin du suivi. Cela montre bien qu'il s'agit d'un processus à long terme et probablement très variable d'un individu à l'autre. L'estime de soi est difficile à modifier dans un court laps de temps. De plus, il est clair qu'il ne peut être dissocié de l'implication active des parents, telle que suggérée par l'intervention multimodale développée par le *MTA Cooperative Group* (1999). Les parents doivent mettre en application certaines méthodes qui, peut-être, faciliteront le développement d'une meilleure estime de soi chez leur enfant. Par ailleurs, il est primordial, afin qu'ils aient la motivation nécessaire à la mise en place de ces changements, qu'ils croient profondément au bien fondé de cet objectif. Dans le même sens, ils doivent faire partie de l'équipe multidisciplinaire comme partenaires au même titre que toutes les autres personnes gravitant autour de l'enfant et de la famille, puisque après tout, ils sont les intervenants les plus directs qui ont un pouvoir de changement important auprès de leur enfant.

L'implication des parents est donc essentielle. Elle permet aussi la généralisation des apprentissages. C'est de cette difficulté à généraliser dont parle Lavigueur (2002) lorsqu'elle dit que les programmes visant l'amélioration de l'estime de soi peuvent ne pas être efficaces. Effectivement, une séance de thérapie d'une heure par semaine n'est certainement pas suffisante pour apporter des changements durables dans la vie quotidienne au plan de l'estime de soi d'un enfant. De plus, advenant le cas où un parent a de la difficulté à voir son enfant d'une manière positive et à le lui faire sentir, il se peut

que les rétroactions négatives à la maison demeurent plus nombreuses que les positives. Ainsi, si le thérapeute travaille dans l'optique de faire voir à l'enfant ses forces et qualités, peu de changements pourront se produire pour le jeune. En effet, il serait alors en position de double message, puisqu'il ne recevrait pas le même feedback des différentes sources, ce qui amène au mieux pour lui un doute lui permettant d'entrevoir qu'il peut être vu différemment que comme ce que lui renvoie son parent comme image.

Faire des changements dans le fonctionnement familial, en plus de demander beaucoup d'énergie et de persévérance lors de la transition, implique également que l'on reconnaisse que le fonctionnement antérieur était inadapté ou, du moins, qu'il n'est plus en accord avec les besoins des enfants. Cette reconnaissance peut être difficile à faire pour quelqu'un qui n'a pas beaucoup d'estime. En effet, elle peut renvoyer à un sentiment de manque de valeur paralysant, qui rend les tentatives de changement bien maladroites, lorsque leur survenue n'est tout simplement pas impossible. Ainsi, une trop grande remise en question de leurs compétences parentales par les parents peut bloquer le changement. Comme le souligne Lavigueur (2002), une des répercussions possibles du trouble est justement d'amener les parents à remettre en question leurs compétences parentales devant cet enfant qui répond si peu aux exigences et demandes. Une des raisons qui mène à cette conséquence serait le jugement de l'entourage ou des gens en général lors de sorties en famille. Ainsi, la mère de Mike manque de confiance en ses interventions et commence à éviter de faire des commissions avec ses enfants afin d'éviter le regard des autres sur sa manière d'intervenir avec ses enfants, qui peuvent

être assez turbulents... Le sentiment de compétence parentale devient donc un objectif d'intervention aussi important que l'estime de soi de l'enfant. En effet, une mère ne peut pas aider son fils à se sentir adéquat dans son rôle d'enfant si elle ne se sent pas adéquate elle-même dans son rôle de mère, encore moins si elle-même avait déjà ce sentiment d'inadéquation enfant. Peut-être que ce facteur a joué dans la difficulté qu'ont présentée les parents de Mike à effectuer des modifications dans leurs méthodes éducatives. Même si ce point a été abordé dans le groupe de parents, peut-être que la transmission intergénérationnelle de cette caractéristique n'a pas été assez prise en compte au cours de ce suivi. En effet, comme le mentionne Steinem (1992), il arrive qu'un parent transmette une blessure d'estime à son enfant sans s'en rendre compte.

Tel que présenté dans le contexte théorique, l'intervention multimodale stipule qu'il est primordial que l'ensemble des intervenants qui gravitent autour de l'enfant soient impliqués, ce qui inclue l'école. Dans le cas de Mike, l'enseignante a été peu sollicitée puisque l'aspect le plus souffrant s'avérait être en lien avec le milieu familial. D'une manière plus classique, les enfants touchés par le TDAH doivent bénéficier de plus de soutien à l'école. Il importe donc habituellement d'impliquer davantage le personnel scolaire.

La diversité des thèmes et problématiques abordés avec Mike montre bien qu'il ne faut pas se limiter au traitement du TDAH seul avec cette clientèle. En effet, le vécu affectif avec Mike au sujet de ses relations familiales, entre autres, l'absence de son

père, semblait être plus important à prendre en compte au moment du suivi que la problématique du TDAH. Mike n'aurait probablement pas été disponible à ce moment pour l'apprentissage de techniques visant un meilleur autocontrôle, ou encore la résolution de problème, étant trop aux prises avec ses conflits internes. De plus, son besoin d'extérioriser son vécu émotif pour pouvoir arriver à en parler semblait être un but plus central que la problématique du TDAH en tant que tel. L'enfant doit donc être considéré dans toute sa personne et non réduit à son trouble, tel que souligné dans les lignes directrices émises par le Collège des médecins et l'Ordre des psychologues du Québec (2001) dans le traitement du TDAH. Les résultats obtenus au cours de ce suivi vont également dans ce sens.

Tel qu'abordé dans la partie des résultats, les caractéristiques liées au TDAH comme l'inattention et la difficulté de persévérer au cours d'une activité, de même que la difficulté à retenir les consignes sont ressorties au cours de la thérapie avec Mike. Cela montre bien que, même si l'objectif premier n'est pas d'apprendre à l'enfant des moyens comportementaux pour pallier à ses faiblesses, elles doivent être prises en compte, aussi bien dans l'organisation des séances que dans la manière d'intervenir (en répétant les consignes plusieurs fois, en s'adaptant au moment de baisse d'attention, etc.). En effet, lorsque les conflits affectifs sont plus nocifs que le TDAH proprement dit pour le développement du jeune, comme dans le cas de Mike, il faut savoir laisser tomber certaines interventions comportementales pour permettre à l'enfant de liquider son vécu émotif et l'aider à mieux le gérer. Ceci a, par ailleurs, une incidence sur la

difficulté caractéristique de l'enfant ayant un TDAH à s'arrêter pour prendre conscience de son vécu et de faire des retours sur des situations passées, en lui apprenant à le faire au plan émotif, ce qui pourra par la suite être généralisé aux autres situations conflictuelles auxquelles il aura à faire face.

Concernant l'estime de soi, comme le mentionne Duclos (2000), elle se bâtit d'abord de l'extérieur, à travers le regard des personnes significatives, puis de l'intérieur lorsque l'enfant développe son autocritique. Cette capacité de regard sur soi apparaît presque au même âge qu'un autre changement important noté par Lavigueur (2002), qui est l'élargissement des horizons de l'enfant, qui s'évalue maintenant par les pairs. Ils deviennent un point de comparaison et ce qu'ils pensent est très important pour l'enfant. Ces éléments sont très représentatifs du vécu de Mike, qui fournit une image concrète de ce passage important pour la construction de l'estime de soi. En effet, Mike se préoccupe beaucoup de ce que les autres vont penser, par exemple, de sa nouvelle coupe de cheveux ou du fait qu'il prend des médicaments.

Ensuite, l'abandon ou le sentiment d'être abandonné par un parent n'entraîne-t-il pas nécessairement une blessure d'estime? Cette situation peut amener l'enfant à croire qu'il n'est pas assez aimable pour le parent en question et, si elle n'est pas reprise avec l'enfant, peut provoquer chez lui un sentiment de ne pas valoir la peine, ou d'être tellement mauvais qu'il fait partir le parent aimé. L'estime de soi est donc directement touchée. C'est d'ailleurs ce qu'exprime Rigon (1999) lorsqu'elle explique que des

changements dans la famille peuvent entraîner des effets sur l'estime. Dans la situation de Mike, le travail au niveau de l'estime de soi semblait partir de plus loin que les seules conséquences néfastes du TDAH, étant donné son vécu familial. Peut-être est-ce une des raisons qui font que peu de changements ont été remarqués à ce niveau.

La présence d'un TDAH peut affecter de différentes manières l'estime de soi d'un jeune. Ainsi, la difficulté à prendre un recul fait que le jeune n'apprend pas nécessairement de ses erreurs, ce qui fait qu'il les répète et continue, par le fait même, d'être confronté à des échecs (Lavigueur, 2002). Cet effet n'est pas clairement représenté par le vécu de Mike rapporté dans cet essai. Par ailleurs, l'attitude rigide, relevée par Célestin-Westreich, Ponjaert-Kristoffersen et Célestin (2000), que peuvent développer les parents pour mettre un terme aux comportements dérangeants et qui participe au climat familial négatif a pu être remarquée. C'est un mode de gestion comportemental qui n'est pas vraiment approprié pour les enfants avec un TDAH puisqu'ils se trouvent ainsi constamment avec des messages négatifs. Il est difficile de savoir si ce style éducatif est présent à la base ou s'il a tendance à apparaître en raison des conséquences du TDAH. Dans le cas de Mike, il semble que les parents étaient sans cesse en gestion de crise avec leurs enfants, ce qui rend difficile le changement de perspective, à savoir, l'éducation sur le positif, tel que présenté par Lavigueur (2002). On se retrouve donc avec un cercle vicieux, puisque la relation se dégrade de plus en plus, les comportements dérangeants augmentent, de même que la rigidité de l'éducation pour tenter de contenir les débordements. Plus cette spirale est avancée, plus il semble

difficile pour les parents de reprendre le contrôle de la situation, comme dans le cas de Mike.

Ensuite, Mike est un bel exemple de ce que Duclos (2004 b) appelle «avoir une identité négative». On peut clairement voir qu'il a développé une perception de lui-même qui le caractérise comme un mauvais enfant. Cette dernière n'est probablement pas sans liens avec l'image que les parents lui renvoient et avec le fait que son père soit parti. De plus, il semble difficile pour eux d'utiliser les moyens qui leur sont donnés pour l'aider à modifier cette image qu'il a de lui et apprendre à se voir autrement, sous un angle un peu plus positif. Peut-être est-ce en partie dû au fait que le rôle de «porteur du négatif» qu'occupe Mike au sein de la famille leur permet de maintenir un équilibre relatif qui préserve la famille d'une remise en question qui pourrait modifier le fonctionnement familial.

Par ailleurs, on ne remarque pas clairement chez Mike une identification aux symptômes du TDAH telle que la tendance qui apparaît dans l'étude de Kendall, Hatton, Beckett et Leo (2003). En effet, Mike ne se définit pas selon les symptômes du TDAH, tel que relaté dans cette étude. Par ailleurs, l'aspect du traitement pharmacologique semble plus central pour lui et il semble vouloir se normaliser à travers le fait que d'autres jeunes, qu'il connaît, prennent du Ritalin.

Comme l'indique l'étude de Treuting et Hinsham (2001), les symptômes dépressifs ont tendance à augmenter lorsque l'estime de soi diminue. Ces résultats sont cohérents avec la situation que vit Mike. En effet, celui-ci a présenté quelques symptômes dépressifs qui sont apparus en cours de suivi, comme une démotivation devant des activités qui lui plaisent habituellement, une humeur triste et une baisse de l'appétit (ce qui pourrait aussi être en lien avec la médication). Ces éléments pourraient être consécutifs à son vécu. Tous ses soucis concernant le potentiel abandon de son père peuvent en effet nourrir son angoisse d'abandon.

Par rapport aux différentes pistes d'interventions présentées lors du contexte théorique, quelques remarques sont à faire en lien avec le processus de Mike et de sa famille. Premièrement, Maté (2001) soutient que l'un des moyens de préserver la relation parent – enfant est d'éviter d'agir sous l'emprise de la colère. Barkley (1995) ajoute même qu'il est parfois nécessaire de se retirer physiquement du lieu afin de reprendre le contrôle de ses émotions. C'est un peu l'objectif de la méthode «écho», présentée dans le groupe de parent, qui demande de se détacher de la situation pour arriver à la regarder froidement, c'est-à-dire sans être influencé par les émotions suscitées. Il a déjà été mentionné que la mise en application de cette technique est difficile pour les parents. Peut-être qu'un accompagnement plus concret comme des mises en situation avec des renversements de rôle permettant un certain modeling aurait pu les aider à mieux s'approprier cette méthode d'intervention.

Comme le soutiennent Barkley, Edwards et Arthur (1999), faire des commentaires positifs à l'enfant permet de lui insuffler la motivation nécessaire à la modification de son comportement. Dans le cas de Mike, le fait que la situation stagne à la maison alors que lui rencontre quelqu'un pour «changer» fait en sorte qu'il ne voit pas pourquoi ce serait uniquement à lui à modifier son comportement. En fait, il perd espoir que sa situation familiale s'améliore, ce qui fait qu'il n'est pas motivé à faire des efforts. Quant aux parents, ils semblent tellement débordés qu'ils ne savent peut-être pas par quel bout s'attaquer à la situation.

Concernant l'identité négative de Mike dont il a déjà été question, la méthode des trois éléments positifs nommés à l'enfant au moment du coucher proposée par Duclos (2004 b) avait été suggérée à la mère. Il était probablement trop tôt dans le processus et le contexte relationnel de ce moment n'était pas favorable à ce type d'intervention. La réussite de cette méthode dépend bien sûr de la constance avec laquelle elle est appliquée, mais avant tout du contexte familial qui ne le permet pas tout le temps, des étapes préliminaires étant parfois nécessaires.

Plusieurs techniques intéressantes n'ont pas été utilisées dans la situation de Mike étant donné la difficulté des parents à mettre en place les méthodes qui leur sont présentées. Par exemple, un tableau de récompenses aurait pu être efficace, mais demande beaucoup d'investissement en énergie et de la constance. Dans un souci d'accordage au rythme présenté par les parents, cet outil a donc été jugé trop demandant

pour l'instant. Comme il a été souligné à madame C., il faut commencer par de petits défis!

L'estime de soi est considérée comme un facteur de protection notamment parce qu'elle amène l'enfant à voir qu'il a du pouvoir sur sa situation en lui permettant de saisir qu'il est équipé pour surmonter ses difficultés (Robitaille et Vézina, 2003). Malheureusement, on ne peut pas voir, dans la situation de Mike, la fonction de protection de l'estime de soi, tel qu'il l'était espéré en réalisant ce suivi. Premièrement peu d'améliorations ont été notées sur l'estime de soi de Mike à la fin de la thérapie, ce qui ne permet pas d'en évaluer les effets sur le sentiment de contrôle qu'il a sur ce qui lui arrive. De plus, dans cette situation particulière, Mike éprouve des difficultés relationnelles au sein de sa famille. Bien qu'il ait une part de responsabilité dans cette situation, les parents ont à prendre la responsabilité de la «réparation» de la relation, comme le souligne Maté (2001). Ainsi, l'estime de soi est un facteur de protection peut-être plus efficace lorsque les difficultés principales avec lesquelles l'enfant est aux prises sont personnelles, comme une situation d'échec scolaire ou des difficultés de socialisation. Par contre, l'estime de soi sera beaucoup plus difficile à développer lors de problématiques familiales, puisque l'enfant ne peut pas réellement acquérir le sentiment qu'il a un pouvoir sur la situation à l'intérieur même de la famille d'où provient en premier lieu la base de l'estime de soi qui lui fait défaut.

L'importance d'intervenir auprès de l'ensemble du système dans lequel gravite l'enfant lorsqu'il est question de TDAH n'est plus à défendre puisque appuyée par divers auteurs dont Lavigueur et Desjardins (1999), *le MTA Cooperative Group* (1999), le Collège des médecins et l'Ordre des psychologues du Québec (2001). Les difficultés présentées par Mike et sa famille ne font qu'illustrer ce principe de base dans l'intervention auprès d'un enfant présentant un trouble de déficit d'attention/hyperactivité.

2. Retombées de l'essai

Pour ce qui est des retombées de cet essai, la réflexion qu'il contient permet de sensibiliser les différentes personnes qui gravitent autour des enfants ayant un TDAH sur la détresse que peuvent vivre ces jeunes, qui peut parfois se camoufler derrière des comportements dérangeants qui font office de symptômes. Les répercussions sur l'entourage sont parfois plus voyantes à court terme que l'effet néfaste des blessures d'estime qui peuvent être occasionnées par une mauvaise gestion du TDAH sur le développement à long terme de l'enfant.

Cet essai permet également de bien mettre en lumière l'importance que peuvent prendre les difficultés affectives d'un jeune dans l'exacerbation des symptômes du TDAH et dans l'apparition de difficultés connexes comme le trouble d'opposition. Il importe donc de rester attentif à cet aspect lors d'interventions auprès de cette clientèle.

De plus, il est possible de souligner certains éléments sur lesquels intervenir pour enrichir les objectifs visés par une intervention multimodale efficace présentés dans le Tableau 3. En effet, il est possible de constater qu'en plus d'expliquer aux parents la problématique, de les outiller sur les méthodes d'intervention et les intégrer à l'aide apportée à leur jeune, il est également approprié de leur offrir un soutien personnel en les supportant par rapport aux conséquences que peut avoir la situation sur leur sentiment de compétence parentale. De plus, lorsqu'il est question de concertation entre toutes les personnes qui sont autour du jeune, cela inclut les parents, la fratrie et non seulement les différents professionnels qui offrent des services. À l'égard du jeune, l'objectif de l'informer sur la problématique comprend également une certaine normalisation par rapport aux pairs, étant donné la période très sensible à la comparaison qu'ils traversent ou traverseront bientôt. Aussi, l'aider à se voir autrement signifie lui apprendre à voir ses bons côtés et les forces qu'il possède dans le but de favoriser le sentiment de pouvoir qu'il doit avoir sur son vécu afin qu'il développe sa capacité de surmonter les défis qui parsèment son chemin.

3. Forces et faiblesses de l'essai

Les forces de cet essai sont principalement de faire un bon bilan des connaissances les plus actuelles au sujet du TDAH et de l'estime de soi, de même que sur les interactions entre ces deux thèmes clés. Il contient également quelques notions pratiques d'intervention. Sa spécificité est que les aspects théoriques sont enrichis par

des exemples concrets tirés d'une histoire familiale réelle qui vient éclairer les propos. Le suivi réalisé et rapporté est à la base d'une réflexion qui peut venir confirmer les propos plus théoriques.

Évidemment, comme il s'agit d'une étude de cas unique, ne comportant pas de point de comparaison, les réflexions qui en ressortent ne peuvent pas toutes être généralisées à la situation vécue par d'autres jeunes aux prises avec un trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. Un bon exemple illustrant ce fait est que peu d'interventions ont été nécessaires dans le milieu scolaire pour Mike, ce qui est assez inhabituel.

Conclusion

L'histoire de Mike et de sa famille, que l'on a pu suivre tout au long de cet essai, sert d'illustration de la problématique du TDAH et des interventions concernant cette problématique. Un autre pôle d'intérêt a été ajouté au contexte d'étude, soit l'estime de soi, dans le but de vérifier l'utilité du développement de ce facteur de protection dans l'évolution d'un jeune ayant un TDAH. Ainsi, le contexte théorique couvre l'aspect du trouble de déficit de l'attention / hyperactivité afin d'en donner une compréhension d'ensemble au lecteur à travers la recension des connaissances de pointe dans ce domaine. Tour à tour, l'historique, la population touchée, la description du trouble et son étiologie sont abordés, suivis des traitements utilisés, du profil d'un enfant atteint et des répercussions possibles du TDAH sur les différentes sphères de vie de l'enfant.

Le deuxième concept, soit celui de l'estime de soi, est ensuite présenté. Une définition en est donnée et le développement de l'estime est abordé, de même que ses composantes principales. D'autres considérations sur ce sujet sont données avant de faire le lien entre les deux thèmes principaux de l'essai, soit les effets que peut entraîner le TDAH sur l'estime.

Le contexte théorique se complète par des suggestions d'intervention pratiques, la présentation de l'intervention systémique appliquée à la problématique du TDAH, puis par la présentation de la raison du choix de ce thème, mis en lien avec l'estime de soi.

La deuxième partie de l'essai, la méthode, présente brièvement les participants et le déroulement de l'étude. Elle est suivie de la partie des résultats, qui comprend l'illustration proprement dite des propos théoriques à travers le processus thérapeutique réalisé. Le plan d'intervention est donc présenté, suivi des points ressortant des interventions faites auprès de Mike et de ses parents.

Finalement, la discussion reprend les principaux points de réflexion suscités par les résultats en lien avec le contexte théorique, de même que les retombées possibles de l'essai et ses forces et faiblesses.

Les principales conclusions tirées de cette expérimentation sont qu'il est primordial de travailler en collaboration étroite avec les parents et que ceux-ci doivent préférentiellement être convaincus du bien fondé des modifications qu'ils auront à apporter dans leur système familial pour favoriser l'appropriation du TDAH par leur enfant et le développement de ce dernier de même que l'harmonie familiale. Le fait qu'il faille traiter l'enfant dans son ensemble et non seulement son trouble ressort clairement à travers le processus réalisé avec Mike et il est constaté qu'il est parfois préférable de laisser de côté les objectifs liés aux problèmes du TDAH et aux nouveaux comportements à montrer à l'enfant, pour plutôt l'accompagner dans ses difficultés affectives.

Finalement, bien que le suivi avec Mike ne permette pas réellement d'illustrer la fonction de protection que peut avoir une bonne estime de soi sur l'évolution d'un enfant ayant un TDAH, il ne faut pas en conclure que le travail sur l'estime de soi en cours d'intervention n'est pas un des axes principaux à poursuivre. Au contraire, l'estime de soi, ou plutôt «l'estime que l'on se doit», comme le dit Steinem (1992) est un des apprentissages fondamentaux qui permettra à l'enfant de se voir avec ses potentialités et ses manques. Le respect de lui-même nécessaire, pour se voir comme une personne qui mérite qu'on la soutienne dans ses difficultés, qu'on l'accompagne vers un accomplissement de soi pourra ainsi être développé. Favoriser une bonne estime, c'est aussi aider à grandir!

Références

- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux*, (3^e éd.) (version internationale) (Washington, DC, 1995). Traduction française par J. D. Guelfi et al., Paris : Masson.
- Barkley, R. A. (1995). *Taking charge of ADHD – The complete authoritative guide for parents*. New York : the Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York : the Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment*, (2^e éd.), New York : The Guilford Press, 628 pages.
- Barkley, R. A., Edwards, G. H. & Arthur, R. L. (1999). *Defiant teens: A clinician's manual for assessment and family intervention*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. & Wilem, T. E. (2005). *Nouvelles avenues chez les enfants et les adolescents TDAH*. Documents du Colloque, Institut Philippe Pinel de Montréal : Montréal.
- Bussing, R., Zima, B. T. & Perwien, A. R. (2000). Self-esteem in special education children with ADHD: Relationship to disorder characteristics and medication use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 39(10), 1260-1269.
- Célestin-Westreich, S., Ponjaert-Kristoffersen, I. & Célestin, L. P. (2000). L'enfant TDA/H et sa famille: une étude explorative de la perspective de l'enfant. *Revue canadienne de psycho-éducation*, 29(2), 207-221.
- Chassé, E. (2004). *Entrevue semi-structurée sur l'estime de soi*. Questionnaire inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Chassé, E. (2004). *Évaluation de l'évolution des parents – Groupe de parents ayant un enfant TDAH*. Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Collège des médecins du Québec & Ordre des psychologues du Québec (2001). *Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central : lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec*, Montréal : Collège des médecins du Québec.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco : W. H. Freeman and Company.

- Coopersmith, S. (1981). *Manuel : inventaire d'estime de soi*. Paris : les Éditions du centre de psychologie appliquée.
- Cyrułnik, B. (2004). *Ancré malgré la tourmente : traumatisme et résilience*. Notes du congrès, Saguenay, 7 mai.
- Dubois, M. (2005). *TDA/H et diagnostic différentiel en contexte autochtone*. Document de formation, Baie-Comeau, 8 mars.
- Duclos, G. (2000). *L'estime de soi, un passeport pour la vie*. Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Duclos, G. (2004 a). Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H): caractéristiques et stratégies éducatives. Document de formation. *Formation régionale «Trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité»*, Baie-Comeau, 10 juin.
- Duclos, G. (2004 b). Comment développer l'estime de soi de mon enfant. Conférence de l'association PANDA donnée à Baie-Comeau, 7 juin.
- Duclos, G. (2004 c). Déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Document de formation. *Formation régionale «Trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité»*, Baie-Comeau, 10 juin.
- Duclos, G. & Laporte, D. (1995). *Du côté des enfants, volume III*. Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Goudreau, R. (2000). Le développement des processus de contrôle attentionnels. *Magazine Psychologie Québec*, édition novembre, 24-27.
- Habimana, E. (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Huard, H. (2001). *Introduction à l'interprétation clinique psychodynamique du M.E.D.T.S.* Québec : Centre de psychologie judiciaire du Québec.
- Janssen-Ortho Inc. (2005). *Monographie de produit : concerta, chlorhydrate de méthylphénidate, comprimés à libération prolongée, 18 mg, 27 mg, 36 mg et 54 mg, norme interne, stimulant du SNC*. Ontario : Janssen-Ortho inc.
- Jeliu, G. & Gauthier, Y. (2004). *Atelier de formation sur l'attachement*. Recueil de documents de formation, Montréal : Centre de développement, Hôpital Sainte-Justine.

- Jourdan-Ionescu, C. (2001). Intervention écosystémique individualisée axée sur la résilience. *Revue québécoise de psychologie*, 22(1), 163-186.
- Jourdan-Ionescu, C. & Lachance, J. (2000). *Le dessin de la famille*. Édition enrichie. Paris : Éditions et applications psychologiques.
- Kendall, J., Hatton, D., Beckett, A. & Leo, M. (2003). Children's accounts of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Advances in Nursing Science*, 26(2), 114-130.
- Laporte, D. & Sévigny, L. (1998). *Comment développer l'estime de soi de nos enfants : guide pratique à l'intention des parents d'enfants de 6 à 12 ans*. Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Laporte, D. & Sévigny, L. (2002). *L'estime de soi des 6-12 ans*. Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Larochelle, M. & Robitaille, C. (2000). L'attention : un phénomène aux multiples déficits. *Magazine psychologie Québec*, édition novembre, 19-22.
- Lavigne, S. (2002). *Ces parents à bout de souffle : un guide de survie*. Outremont : les Éditions Quebecor.
- Lavigne, S. & Desjardins, C. (1999). Une approche globale du déficit d'attention/hyperactivité: analyse systémique et intervention multimodale. *Revue canadienne de psycho-éducation*, 28, 141-161.
- Legrain, M., Garnier, Y. & Vinciguerra, M. (2002). *Le Petit Larousse*. Paris : Larousse.
- Marceau, A.-J. & Gendron, M.-C. (2004). *Recréer l'harmonie familiale: Groupe parents*. Document inédit, Centre de santé et de services sociaux de Manicouagan, secteur hospitalier.
- Maslow, A. (1972). *Vers une psychologie de l'être : l'expérience psychique*. France : Fayard.
- Massé, L. (1999). Le déficit de l'attention/hyperactivité. Dans Habimana, E., Éthier, L. S., Petot, D. & Tousignant, M. *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : approche intégrative*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Maté, G. (2001). *L'esprit dispersé: comprendre et traiter les troubles de la concentration*. Montréal : Éditions de l'Homme.

- Rigon, E. (1999). *Papa, Maman, j'y arriverai jamais! Comment l'estime de soi vient à l'enfant*. Paris : Éditions Albin Michel.
- Robitaille, C. (2003). *Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes : Formation sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité*. Document de formation. Québec : Ministère de l'éducation du Québec & Ministère de la santé et des services sociaux.
- Robitaille, C. & Vézina, N. (2003). *Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes. Document de soutien à la formation et à l'intervention*. Québec : Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux.
- Rosenthal, J. (1971). *Pygmalion à l'école*. Paris : Casterman.
- Royer, J. (1995). *Ce que nous disent les dessins d'enfants*. Marseille : Hommes et perspectives.
- Salomé, J. (2000). *Contes à aimer, contes à s'aimer*. Paris : Albin Michel.
- Sauvé, C. (2000). *Apprivoiser l'hyperactivité et le déficit d'attention*. Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Silver, L. B. (2004). *Attention deficit/hyperactivity disorder: A clinical guide to diagnosis and treatment for health and mental health professionals*. (3^e éd.) Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Steinem, G. (1992). *Une révolution intérieure: essai sur l'amour-propre et la confiance en soi*. Paris : InterEditions.
- Taylor, E. (1999). Development of clinical services for attention-deficit/hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1097-1099.
- Terrisse, B., F. Larose & Lefebvre, M.-L. (1998). L'évaluation des facteurs de risque et de protection dans la famille: développement et validation du Questionnaire sur l'environnement familial. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 2(2), 39-62.
- The MTA Cooperative Group. (1999). A 14-months randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- Treuting, J. J. & Hinsham, S. P. (2001). Depression and self-esteem in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder: Associations with comorbid aggression and explanatory attributional mechanisms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(1), 23-39.

Vincent, A. (2004). *Mon cerveau a besoin de lunettes: vivre avec l'hyperactivité*. Lac-Beauport: Éditions Académie Impact.

Vitaro, F., Gagnon, C. (2000). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

Appendices

Appendice A



Formulaire de consentement éclairé

Objet: Participation à un projet de recherche

Madame Emilie Chassé, interne en psychologie à la clinique externe de pédopsychiatrie du Centre hospitalier régional de Baie-Comeau, doit réaliser une recherche dans le cadre de l'obtention de son diplôme au doctorat en psychologie, profil intervention. Il s'agit d'une étude de cas visant à vérifier, suite à un processus thérapeutique, l'amélioration de l'estime de soi d'un enfant affecté d'un trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité. Votre collaboration est sollicitée pour participer à ce projet.

Une courte évaluation portant spécifiquement sur l'estime de soi de l'enfant sera faite en deux temps, soit avant et après un processus thérapeutique individuel et de groupe s'échelonnant sur environ 15 semaines. Cette évaluation demandera la participation de l'enfant, des parents et de l'enseignant(e). Pour l'enfant, l'évaluation comprend un questionnaire portant sur l'estime de soi et des dessins. Les parents et l'enseignant(e) auront chacun à prendre part à une entrevue d'environ 30 minutes portant sur différentes dimensions de l'estime de soi de l'enfant. Toutes les données amassées en cours de processus et servant à la réalisation de cet essai ne contiendront aucune donnée nominative afin d'assurer la confidentialité. Pour ce faire, les noms et prénoms seront remplacés par une lettre de l'alphabet dès que le matériel sera recueilli.

Un léger risque de stress et de fatigue provoqué par l'évaluation est relié à la participation à ce projet. Les mesures nécessaires seront mises en place afin de minimiser cet effet. Par ailleurs, vous pouvez profiter de certains avantages en participant à cette recherche. Sur le plan psychologique, l'enfant bénéficiera d'un suivi

plus poussé ainsi que d'une coordination avec les parents et l'enseignant(e). De plus, un feed-back sera donné aux parents et à l'enfant suite aux évaluations présentées plus haut. Au niveau physique, on s'attend à une amélioration de l'estime de soi suite à l'intervention, l'enfant se sentant probablement mieux dans son corps. Il y aura peut-être aussi une diminution des comportements à risque de blessure physique. Toujours si les changements attendus surviennent, l'enfant pourra jouir d'une meilleure intégration au plan social.

Il est possible que des informations venant d'autres intervenants soient nécessaires. Si cela s'avère le cas, les autorisations nécessaires vous seront demandées en temps et lieux.

En aucun cas vous n'êtes obligés de participer à cette recherche. Si vous acceptez, vous pouvez en tout temps vous retirer. À l'inverse, Madame Chassé se réserve le droit de mettre fin à votre participation dans cette étude en tout temps.

Votre collaboration est importante pour la réalisation de ce projet d'essai doctoral et nous vous remercions d'appuyer la formation d'une étudiante en voie de devenir professionnelle, tout en contribuant à l'avancement des pratiques thérapeutiques en psychologie

Je soussigné(e), _____ (nom, prénom du parent) accepte de participer à cette étude de cas sur l'amélioration de l'estime de soi d'un enfant atteint d'un trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité suite à un processus thérapeutique. Les implications de cette participation m'ont été expliquées et je les comprends. Je comprends également que je peux mettre fin à cette participation quand je le veux, que toute information demeurera confidentielle et servira à des fins de recherche seulement.

C'est en toute liberté que je consens. J'accepte également que mon enfant, _____
 _____(nom, prénom et date de naissance de l'enfant), participe à cette
 étude et ce, dans les mêmes conditions que celles explicitées ci-haut.

 Signature du parent

 Date

 Lieu

 Signature du parent

 Date

 Lieu

 Emilie Chassé
 Interne en psychologie

 Date

 Lieu

 Colette Jourdan-Ionescu
 Professeur à l'Université du Québec à
 Trois-Rivières
 Directrice de l'essai

 Date

 Lieu

Appendice B

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE:

Le Comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche:

intitulé: **Amélioration de l'estime de soi d'un enfant affecté d'un trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité : étude de cas d'un processus thérapeutique**

chercheur: **CHASSÉ, Emilie, Étudiante au doctorat au Département de psychologie**

organisme: **Aucun**

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des humains est conforme aux normes éthiques.

Période de validité du présent certificat : **Du 1^{er} septembre 2004 au 31 août 2005**

COMPOSITION DU COMITÉ:

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par la Commission des études:

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- le Doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche (membre d'office);
- un(e) étudiant(e) de troisième ou de deuxième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le Doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

SIGNATURES:

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le Comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.

GEORGES MASSÉ
Président du comité

FABIOLA GAGNON
Secrétaire du comité

Certificat émis le 23 juin 2004
CER-04-88 06.01
DÉCSR

Appendice C

Consignes pour les tests graphiques

- «Dessine un bonhomme.»
- «Dessine ta famille en train de faire quelque chose.»
- «Dessine-toi pendant la récréation.»
- «Dessine-toi dans ta classe.»

Appendice D

Entrevue semi-structurée sur l'estime de soi¹
(Chassé, 2004)

Identification

Nom de l'enfant: _____ Date: _____
Âge de l'enfant: _____
Répondant: _____
Lien avec l'enfant: _____

Définition de l'estime de soi: «Expression d'une approbation ou d'une désapprobation portée sur soi-même. Elle indique dans quelle mesure un individu se croit capable, valable, important. C'est une expérience subjective, qui se traduit aussi bien verbalement que par des comportements.»

***Demander au répondant de fournir des exemples illustrants ses propos.

Domaine social

Le jeune semble-t-il apprécié des autres enfants? _____

Sembler-t-il bien intégré socialement? _____

Le jeune semble-t-il à l'aise dans ses relations avec les autres? _____

Commentaires particuliers de l'enfant par rapport aux autres jeunes : _____

Autres commentaires : _____

Domaine familial

Comme réagit le jeune aux critiques/reproches à la maison? _____

¹ Cet outil a été développé à partir de l'inventaire d'estime de soi de Coopersmith, 1981.

Le jeune prend-il sa place dans la famille? _____

Le jeune fait-il des commentaires sur sa place dans la famille? _____

Autres commentaires : _____

Domaine personnel

Est-ce que le jeune fait des commentaires sur lui-même? _____

Comment pensez-vous que le jeune se perçoit? _____

Comment le jeune se compare-t-il aux autres? _____

Autres commentaires : _____

Domaine scolaire

Est-ce que le jeune semble à l'aise en classe? _____

Est-ce que le jeune prend la parole en classe? _____

Se décourage-t-il facilement? _____

Semble-t-il fier de ses résultats scolaires? _____

Comment réagit le jeune face à un examen? _____

Se compare-t-il aux autres enfants de sa classe? _____

Comment vit-il la période de devoirs? _____

Autres commentaires : _____

Estime de soi générale

Sur une échelle d'estime de soi de 1 à 10, où situeriez-vous le jeune?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Commentaires : _____

Mises en situation

1. Votre enfant a un examen à préparer pour l'école dans une matière où il a un peu de difficulté. Comment est-il le plus susceptible de réagir?

- a) Il se met à la tâche en disant que s'il travaille bien, il va y arriver.
- b) Il vous demande de l'aider en disant qu'il n'est pas certain d'y arriver seul.
- c) Il dit que, de toute façon, il échouera ce test.

2. Votre enfant s'est chicané avec son meilleur copain. Lorsque vous lui demandez qu'est-ce qu'il compte faire pour résoudre cette situation, il vous répond:

- a) Je vais lui téléphoner demain pour m'excuser et lui demander de jouer avec moi de nouveau. Il va probablement accepter.
- b) J'aimerais beaucoup qu'on redevienne ami, mais j'ai un peu peur qu'il ne veuille pas. Je vais quand même essayer.
- c) Je ne crois pas qu'il veuille redevenir mon copain. De toute manière, il ne m'aimait pas beaucoup.

3. Vous félicitez votre enfant puisqu'il a fait un bon coup aujourd'hui. Comment, selon vous, réagira-t-il?

- a) Il vous remerciera en vous faisant un grand sourire.
- b) Il sourira, l'air un peu gêné, ne sachant pas trop s'il doit accepter le compliment.
- c) Il n'a pas vraiment de réaction et ne semble pas prendre le compliment.

4. Pendant que votre enfant est chez un ami, vous allez faire une promenade avec son frère ou sa sœur. Comment réagit-il?

- a) Il ne dit rien concernant la promenade et raconte plutôt ce qu'il a fait avec son copain.
- b) Il semble un peu jaloux et demande si nous pourrions y retourner demain.
- c) Il semble fâché et dit que nous ne faisons jamais rien avec lui.

Appendice E

Tableau d'analyse de contenu

Nom de l'enfant: _____

Date de la rencontre: ____/____/____

<u>Humeur de l'enfant:</u>	<u>Participation activités structurées:</u>	<u>Autres thèmes abordés:</u>	<u>Verbalisations - observations particulières:</u>	<u>Transfert/contre-transfert</u>
Début: Fin:	<i>Cahier des bons coups:</i>			
<u>Intérêt - participation:</u>				
a) bon b) moyen c) faible Commentaires:	<i>Mises en situation:</i>			

Transfert/contre-
transfert

Appendice F

Évaluation de l'évolution des parents - Groupe de parents ayant un enfant TDAH (Chassé, 2004)

Date :	Attitude du	Degré de	Compréhension	Outils mis en place,	Perception de
--------	-------------	----------	---------------	----------------------	---------------

____/____/____	parent dans le groupe :	participation :	du matériel apporté :	réalisation des défis :	l'enfant – changement dans la perception (selon ses commentaires) :
	<input type="checkbox"/> Retirée <input type="checkbox"/> Désintéressée <input type="checkbox"/> Intéressée <input type="checkbox"/> Défensive <input type="checkbox"/> Autre : 	<input type="checkbox"/> Participe beaucoup <input type="checkbox"/> Participe moyennement <input type="checkbox"/> Participe peu Commentaires : 	<input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Passable <input type="checkbox"/> Nulle Commentaires : 	 	

[illegible]

Date : ____/____/____	Attitude du parent dans le groupe : <input type="checkbox"/> Retirée <input type="checkbox"/> Désintéressée <input type="checkbox"/> Intéressée <input type="checkbox"/> Défensive <input type="checkbox"/> Autre : _____ _____ _____ _____	Degré de participation : <input type="checkbox"/> Participe beaucoup <input type="checkbox"/> Participe moyennement <input type="checkbox"/> Participe peu Commentaires : _____ _____ _____	Compréhension du matériel apporté : <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Passable <input type="checkbox"/> Nulle Commentaires : _____ _____ _____	Outils mis en place, réalisation des défis : _____ _____ _____ _____ _____ _____	Perception de l'enfant – changement dans la perception (selon ses commentaires) : _____ _____ _____ _____ _____ _____
Date : ____/____/____	Attitude du parent dans le groupe : <input type="checkbox"/> Retirée <input type="checkbox"/> Désintéressée <input type="checkbox"/> Intéressée <input type="checkbox"/> Défensive <input type="checkbox"/> Autre : _____ _____ _____ _____	Degré de participation : <input type="checkbox"/> Participe beaucoup <input type="checkbox"/> Participe moyennement <input type="checkbox"/> Participe peu Commentaires : _____ _____ _____	Compréhension du matériel apporté : <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Passable <input type="checkbox"/> Nulle Commentaires : _____ _____ _____	Outils mis en place, réalisation des défis : _____ _____ _____ _____ _____ _____	Perception de l'enfant – changement dans la perception (selon ses commentaires) : _____ _____ _____ _____ _____ _____

Date : ____/____/____	Attitude du parent dans le groupe : <input type="checkbox"/> Retirée <input type="checkbox"/> Désintéressée <input type="checkbox"/> Intéressée <input type="checkbox"/> Défensive <input type="checkbox"/> Autre : _____ _____ _____ _____	Degré de participation : <input type="checkbox"/> Participe beaucoup <input type="checkbox"/> Participe moyennement <input type="checkbox"/> Participe peu Commentaires : _____ _____ _____ _____	Compréhension du matériel apporté : <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Passable <input type="checkbox"/> Nulle Commentaires : _____ _____ _____ _____	Outils mis en place, réalisation des défis : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Perception de l'enfant – changement dans la perception (selon ses commentaires) : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
<p>Évolution globale du parent (par rapport à la capacité de mettre des règles et de les tenir, à leur relation avec leur enfant, à la réalisation des défis, etc.) :</p> <p> <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Faible </p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>					

Appendice G

Mises en situation²

- ❖ Tu fais une activité spéciale avec ta famille.
- ❖ Tu as gagné un prix.
- ❖ Un garçon plus vieux t'oblige à lui donner tes sous.
- ❖ Tu as mal au ventre à l'école
- ❖ Ton frère ou ta sœur ne te laisse pas jouer avec le Nintendo.
- ❖ Ton meilleur ami t'encourage à faire quelque chose qui ne te tente pas.
- ❖ Personne ne te choisit pour faire partie de l'équipe de ballon.
- ❖ Ton meilleur ami t'ignore.
- ❖ Tu regardes la télévision et ta mère te dit de venir manger.
- ❖ Un ami te pousse à la récréation.
- ❖ Ton ami ne veut pas jouer au jeu que tu lui a proposé.
- ❖ Un enfant veut prendre un de tes jeux favoris.
- ❖ Tu ne comprends pas une des explications du professeur.
- ❖ Un autre enfant veut se battre avec toi.

² Tirées ou inspirées de Laporte et Sévigny (1998).

Appendice H

Plan du groupe de parents : Recréer l'harmonie familiale
(Marceau & Gendron, 2004)

Atelier 1 :

- ❖ Présentation des intervenantes
- ❖ Présentation des objectifs du programme : « Mieux comprendre mon enfant en comprenant mieux la problématique TDAH, découvrir quel type de parent je suis, agir au lieu de réagir, mieux comprendre les principes de la discipline, instaurer et maintenir les règles » (p. 1)
- ❖ Présentation des principes de base : communication, renforcement, estime
- ❖ Explication des règles du groupe
- ❖ Explication du déroulement des ateliers

Atelier 2 :

- ❖ Sensibilisation sur le TDAH, technique d'impact visant à recentrer sur l'enfant et ce qu'il vit
- ❖ Valorisation des parents et de leurs rôles (modèle, observateur, évaluateur, renforçateur, soutien)
- ❖ Exploration du positif et négatif perçus chez l'enfant, prise de conscience sur la mise de l'accent sur l'un ou sur l'autre, estime de soi
- ❖ Défi : « carnet soleil » comme moment à passer avec l'enfant (y inscrire les bons coups, les qualités, les moments joyeux, etc. pour pouvoir s'y référer au besoin avec le jeune).

Atelier 3 :

- ❖ Sensibiliser les parents sur le fait qu'ils sont des « personnes » avant d'être des parents, avec leurs propres besoins. C'est sur eux qu'ils se centreront au cours de cet atelier.
- ❖ Les parents sont invités à voir ce qu'ils ont dans leur « valise d'origine », leur bagage personnel (valeurs, priorités, vécu et expériences de vie).
- ❖ Défi : prendre un moment pour soi au cours de la semaine + réfléchir à une valeur que je considère importante.

Atelier 4 :

- ❖ Thème « agir au lieu de réagir », exploré à travers une mise en situation, servant à aborder le cercle vicieux des escalades de colère, lien entre les sentiments, les pensées et les actions.
- ❖ Présentation de modèles d'expression et de gestion de la colère, comme se mettre en écho (prendre un recul afin d'agir plutôt que de réagir).
- ❖ Réflexion sur la capacité de tolérance de chacun. En fonction de leurs limites, tolérance peut varier face aux comportements de l'enfant.
- ❖ Défi : expérimenter la technique « écho », échelle de tolérance à mettre en pratique avec l'enfant.

Atelier 5 :

- ❖ Atelier centré sur la colère, comment l'exprimer, comment éviter les escalades.
Réflexion sur l'acceptation de l'expression de la colère et présentation d'outils concrets.
- ❖ Comment aider l'enfant à exprimer sa colère.
- ❖ Défi : échelle de tolérance à mettre en place avec l'enfant (montre la disponibilité de chacun ou l'envahissement par la colère) + tous les défis précédents sont à poursuivre durant la pause des fêtes.

Atelier 6 :

- ❖ Atelier centré sur la discipline
- ❖ Perception de l'autorité selon les vécus personnels
- ❖ Raison d'instaurer la discipline dans le système familial, ce que permettent les règles
- ❖ Présentation et exercice sur les zones de contrôle (ce qui appartient aux parents, à l'enfant ou aux deux conjointement)
- ❖ Défi : bâtir une grille des zones de contrôle.

Atelier 7 :

- ❖ Atelier centré sur la discipline et les règles
- ❖ Techniques pour favoriser l'autodiscipline chez l'enfant

- ❖ Technique pour instaurer une règle (choisir les changements souhaités, valeur qui sous-tend ce choix et qu'on souhaite transmettre, comment le faire concrètement et la mettre en place avec l'enfant.
- ❖ Importance de la cohérence entre les parents et de l'entente sur la règle (cohérence, constance, communication...).
- ❖ Défi : formuler une règle.

Atelier 8 :

- ❖ Atelier centré sur la discipline
- ❖ Explications sur les punitions vs les conséquences, privilèges vs conséquences, à travers des mises en situation
- ❖ Défi : poursuite de l'instauration de la règle.

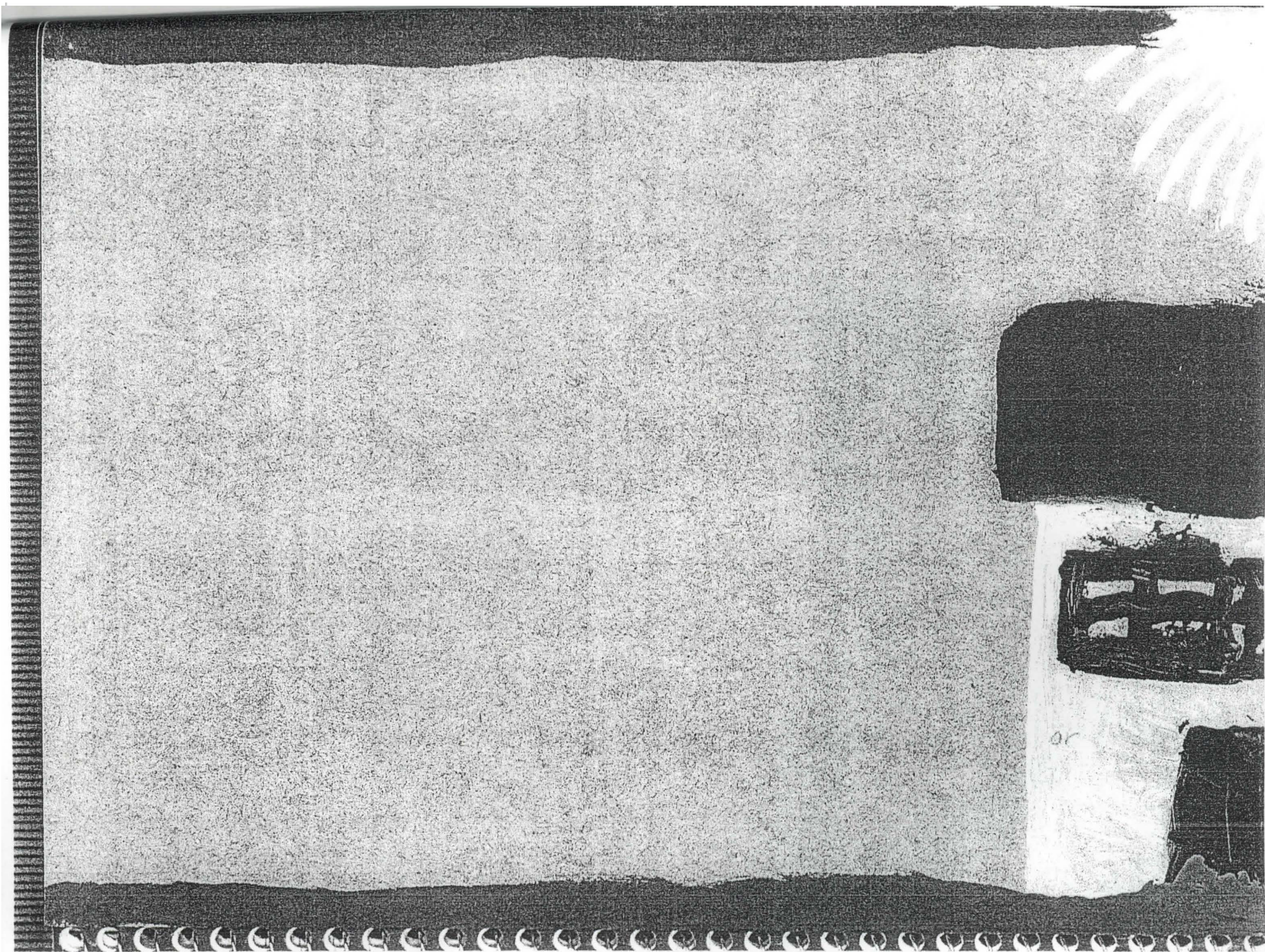
Atelier 9 :

- ❖ Retour sur l'ensemble des notions reliées à la discipline.

Atelier 10 :

- ❖ Rencontre de bilan sur l'ensemble des ateliers, ce que les parents retiennent, forces et faiblesses de chacun, ce qu'il reste à mettre en place.

Appendice I



Liste des couleurs utilisées dans le dessin

Carton choisi : vert

Ligne de ciel : bleu

Ligne de sol : vert

Soleil : jaune

Corps de la maison : or

Toit de la maison : noir

Cadrage de la fenêtre : noir

Porte de la maison : noir